



Patrícia Sofia Monteiro Sono e esquemas mal-adaptativos precoces em
Rodrigues estudantes do ensino superior



Patrícia Sofia Monteiro Rodrigues **Sono e esquemas mal-adaptativos precoces em estudantes do ensino superior**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, realizada sob a orientação científica da Doutora Ana Cardoso Allen Gomes, Professora Auxiliar do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

Dedico este trabalho aos meus pais, pelo apoio ao longo de todos estes anos

O júri

Presidente

Professora Doutora Anabela Maria Sousa Pereira
Professora Associada com Agregação da Universidade de Aveiro

Doutora Sandra Maria Rodrigues de Carvalho Bos
Investigadora Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Professora Doutora Ana Cardoso Allen Gomes
Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro (Orientadora)

Agradecimentos

O presente trabalho contou com o apoio de várias pessoas, às quais gostaria de agradecer:

À Professora Doutora Ana Allen Gomes, pela oportunidade, dedicação e tranquilidade;

Ao Doutorando Daniel Marques, pela inspiração, atenção e assistência;

À Professora Doutora Anabela Pereira, coordenadora do mestrado, por todo o suporte e esclarecimentos;

Ao Doutor Daniel Rijo, por autorizar o uso do instrumento YSQ-S3 e ceder os respetivos materiais;

À Rita Morgadinho, pela disponibilização do contacto das universidades;

À Ana e ao Marco, pelos conselhos e motivação;

Ao João, à Sílvia, à Carla, à Joana e ao Micael, pela ajuda e paciência;

À Marta, à Sílvia e ao Antero, pela partilha de experiências e companheirismo;

À minha família e aos meus amigos, pelo incentivo e apoio incondicional;

Finalmente, a todos os participantes do estudo, pela disponibilidade para despender um tempo considerável para o preenchimento dos questionários, muito obrigada.

Palavras-chave

Qualidade de Sono, Insónia, Esquemas Mal-adaptativos Precoces, Estudantes do Ensino Superior

Resumo

Contextualização: Recentemente tem-se verificado um aumento do número de estudos que relacionam conceitos da personalidade, tais como os Esquemas Mal-adaptativos Precoces (EMP), com a psicopatologia e com outras condições, tais como a obesidade, a dor crónica e o comportamento sexual agressivo. No entanto, a investigação acerca da relação entre os problemas de sono e os EMP encontra-se ainda numa fase inicial.

Objetivos: Os objetivos do presente estudo foram investigar uma potencial relação entre os EMP e a má qualidade de sono em estudantes do ensino superior e observar que EMP apresentavam associações de maior magnitude com a qualidade de sono nesta população específica.

Métodos: Estudantes de diversas universidades e institutos de ensino superior de Portugal foram convidados a responder a uma versão *online* dos questionários Escala Básica de Sintomas de Insónia e Qualidade de Sono (BaSIQS) e Questionário de Esquemas de Young (YSQ-S3). A partir da amostra total obtida de estudantes do ensino superior de nacionalidade portuguesa ($N = 1253$) foi selecionada uma primeira subamostra ($n_1 = 409$), usando como critérios de inclusão a idade (entre os 18 e os 25 anos) e as pontuações extremas de qualidade de sono da BaSIQS (má versus boa qualidade de sono). A partir da n_1 extraiu-se uma segunda subamostra de participantes ($n_2 = 249$), com características de um estudante “típico” do ensino superior (estatuto de aluno ordinário, solteiro, sem filhos, sem problemas de saúde, não medicado). Para estudar a relação entre os EMP, medidos pelo YSQ-S3, e a qualidade de sono foi aplicada uma MANOVA (Análise de Variância Multivariada) para cada um dos cinco domínios esquemáticos (“Distanciamento e Rejeição”, “Autonomia e Desempenho Deteriorados”, “Limites Deteriorados”, “Influência dos Outros” e “Vigilância Excessiva e Inibição”), para ambas as subamostras (n_1 e n_2).

Resultados: No que diz respeito à n_2 , os estudantes com má qualidade de sono apresentaram níveis significativamente mais elevados dos EMP “Abandono/ Instabilidade”, “Desconfiança/ Abuso”, “Isolamento Social/ Alienação” (Domínio “Distanciamento e Rejeição”), “Vulnerabilidade ao Mal e à Doença” (Domínio “Autonomia e Desempenho Deteriorados”), “Grandiosidade/ Limites Indefinidos” (Domínio “Limites Deteriorados”), “Autossacrifício” (Domínio “Influência dos Outros”) e “Negativismo/ Pessimismo” (Domínio “Vigilância Excessiva e Inibição”).

Conclusões: Estes dados mostram que os EMP estão associados à má qualidade de sono. No entanto, são necessários estudos adicionais para melhor compreender esta relação e a sua implicação na prática clínica.

Keywords

Sleep Quality, Insomnia, Early Maladaptive Schemas, College Students

Abstract

Background: Recently there has been an increase in the number of studies associating personality concepts, such as Early Maladaptive Schemas (EMSs), with psychopathology and with other conditions, such as obesity, chronic pain and aggressive sexual behaviour. However, research on the relationship between sleep-related problems and EMSs is still at an early stage.

Objectives: The aims of this study were to investigate a potential link between EMSs and poor sleep quality in college students and observe which EMSs presented associations of greater magnitude with sleep quality in this specific population.

Methods: Students from several universities and higher education institutes in Portugal were asked to respond to an online version of the Basic Scale on Insomnia complaints and Quality of Sleep (BaSIQS) questionnaire and the Young Schema Questionnaire (YSQ-S3). From the total sample obtained of Portuguese nationality college students ($N = 1253$) a first subsample was selected ($n_1 = 409$), using age (between 18 and 25 years) and the extreme scores of sleep quality of the BaSIQS (poor versus good sleep quality) as inclusion criteria. From the n_1 a second subsample of participants was extracted ($n_2 = 249$) with characteristics of a “typical” college student (“full-time” student, single, no children, no health problems, unmedicated). To study the relationship between the EMSs, measured by the YSQ-S3, and sleep quality a MANOVA (Multivariate Analysis of Variance) was applied for each of the five schema domains (“Disconnection and Rejection”, “Impaired Autonomy and Performance”, “Impaired Limits”, “Other-Directedness” and “Overvigilance and Inhibition”), for both subsamples (n_1 and n_2).

Results: Regarding n_2 , students with poor sleep quality had significantly higher levels of the EMSs “Abandonment/ Instability”, “Mistrust/ Abuse”, “Social Isolation/ Alienation” (Domain “Disconnection and Rejection”), “Vulnerability to Harm or Illness” (Domain “Impaired Autonomy and Performance”), “Entitlement/ Grandiosity” (Domain “Impaired Limits”), “Self-Sacrifice” (Domain “Other-Directedness”) and “Negativity/ Pessimism” (Domain “Overvigilance and Inhibition”).

Conclusions: These data show that EMSs are associated with poor sleep quality. However, additional studies are necessary to better understand this relationship and its implications in clinical practice.

Índice

Introdução	1
Metodologia.....	8
Amostra	8
Instrumentos	9
Procedimentos	11
Análise estatística.....	11
Resultados.....	12
Discussão	17
Referências	26
Anexos.....	30

Lista de Tabelas

Tabela 1: Características sociodemográficas e clínicas da n ₂	9
Tabela 2: EMP do domínio "Distanciamento e Rejeição" em função da qualidade de sono (má qualidade de sono vs. boa qualidade de sono)	13
Tabela 3: EMP do domínio "Autonomia e Desempenho Deteriorados" em função da qualidade de sono (má qualidade de sono vs. boa qualidade de sono).....	14
Tabela 4: EMP do domínio "Limites Deteriorados" em função da qualidade de sono (má qualidade de sono vs. boa qualidade de sono).....	15
Tabela 5: EMP do domínio "Influência dos Outros" em função da qualidade de sono (má qualidade de sono vs. boa qualidade de sono).....	16
Tabela 6: EMP do domínio "Vigilância Excessiva e Inibição" em função da qualidade de sono (má qualidade de sono vs. boa qualidade de sono).....	17

Introdução

O sono exerce uma poderosa influência na vida dos indivíduos. Ao nível cognitivo o seu papel exato não é ainda totalmente compreendido. Sabe-se, no entanto, que é fundamental para vários processos, tais como aprendizagem, memória, resolução de problemas e tomada de decisão (Gomes, 2005). Os efeitos da privação de sono podem incluir sonolência diurna, diminuição da atenção, comprometimento das funções mnésicas e dos processos de tomada de decisão, motivação reduzida, fadiga, aumento do tempo de reação e irritabilidade (Gaultney, 2010). A privação de sono tem um forte impacto negativo no bem-estar e na qualidade de vida dos indivíduos, podendo causar sérias dificuldades a nível emocional, social, académico, profissional e de saúde (Gaultney, 2010; Taylor, Bramoweth, Grieser, Tatum, & Roane, 2013).

A investigação tem demonstrado que a população universitária é especialmente vulnerável a problemas de sono (Altun, Cinar, & Dede, 2012; Buboltz Jr, Brown, & Soper, 2001; Cheng et al., 2012; Kloss, Nash, Horsey, & Taylor, 2011). Diversos estudos, com recurso a medidas de autorrelato, indicaram que a maioria dos estudantes tem um sono pobre (Buboltz Jr et al., 2001; Wolfson, 2010). A transição para o ensino superior está associada a várias alterações, incluindo a saída de casa dos pais (Coutinho et al., 2013). Devido à mudança do local de dormir e ao aumento da flexibilidade dos horários de sono-vigília estes indivíduos podem desenvolver maus hábitos de sono (Cheng et al., 2012). Frequentemente os estudantes do ensino superior apresentam privação de sono durante a semana e tentam compensá-la prolongando o tempo de sono ao fim-de-semana. No entanto, este padrão irregular acaba por exacerbar as dificuldades de sono (Gaultney, 2010). Entre as queixas mais comuns nos estudantes do ensino superior de Portugal estão as dificuldades em iniciar e manter o sono, a necessidade do uso de medicação para dormir, a irregularidade das horas de deitar e levantar entre a semana e o fim-de-semana, as “diretas”, um número insuficiente de horas de sono e uma baixa qualidade de sono (Gomes, 2005; Gomes, Tavares, & de Azevedo, 2009; Gomes, Tavares, & de Azevedo, 2011). Esta privação de sono pode originar uma diminuição do desempenho académico (Gomes, 2005; Gomes et al., 2011; Kloss et al., 2011). Pouco se sabe ainda sobre os fatores que contribuem para estas dificuldades, apesar da influência considerável que podem causar na vida de um estudante do ensino superior (Altun et al., 2012).

A psicopatologia em estudantes do ensino superior tem vindo a ser alvo de atenção crescente nos últimos anos, considerando-se que os problemas de saúde mental têm uma taxa de prevalência relevante nesta população (Hunt & Eisenberg, 2010; Much & Swanson, 2010). Estes indivíduos poderão ser mais vulneráveis devido a fatores de stresse, tais como sobrecarga académica, pressão para o sucesso, competitividade, dificuldades financeiras e preocupações com o futuro (Tosevski, Milovancevic, & Gajic, 2010). As perturbações psicológicas mais referidas nesta população são as da personalidade, da ansiedade, do humor e as relacionadas com o consumo de substâncias. A ideação suicida é também frequente em estudantes do ensino superior (Hunt & Eisenberg, 2010). Vários estudos demonstraram ainda que as dificuldades de sono estão significativamente associadas a outras psicopatologias, principalmente a Perturbação Depressiva *Major* e as perturbações da ansiedade (Baglioni et al., 2011; Moo-Estrella, Pérez-Benítez, Solís-Rodríguez, & Arankowsky-Sandoval, 2005; Nyer et al., 2013; Riemann & Voderholzer, 2003; Sateia, 2009; Taylor et al., 2013; Taylor et al., 2011; Wilson et al., 2014).

No âmbito das terapias cognitivo-comportamentais, mais especificamente num desenvolvimento das terapias cognitivas – a Terapia Focada nos Esquemas – foi desenvolvido um constructo psicológico, o Esquema Maladaptativo Precoce (EMP) (Young, Klosko, & Weishaar, 2003). Este constitui uma extensão do conceito de esquema cognitivo classicamente estudado (Beck, Freeman, & Davis, 2004; Beck, 2011; Freeman, 1989; Lenzenweger & Clarkin, 2005; Pretzer & Beck, 1996). Os EMP são temas ou padrões alargados que consistem em memórias, emoções, cognições e sensações corporais, acerca do próprio e da sua relação com os outros. Desenvolvem-se durante a infância ou adolescência devido a experiências precoces desfavoráveis com a família de origem e são elaborados ao longo da vida, sendo disfuncionais até um grau significativo. Os EMP derivam maioritariamente de necessidades básicas, nomeadamente ao nível das relações interpessoais, que não foram satisfeitas. Estes esquemas assentam em representações baseadas na realidade, sendo que, nos primeiros anos de vida do indivíduo, permitem a compreensão do mundo e ajudam a lidar com os “outros” significativos. Os EMP tornam-se disfuncionais numa fase posterior, pois as perceções que deles derivam já não são adaptativas. Apesar desta inconsistência tendem a autoperpetuar-se através de um conjunto de mecanismos específicos, os estilos maladaptativos de *coping*. Os EMP são também incondicionais e, desta forma, tornam-se altamente resistentes à mudança, a não ser que

ocorra intervenção terapêutica. Atualmente considera-se a existência 18 EMP, organizados em 5 domínios esquemáticos (Young et al., 2003).

O domínio “Distanciamento e Rejeição” refere-se à crença de que as necessidades básicas do indivíduo, tais como segurança, empatia e respeito, não vão ser satisfeitas de forma consistente. A família de origem típica é fria, não demonstrando sentimentos, ou abusiva. Os EMP deste domínio são o “Abandono/ Instabilidade”, a “Desconfiança/ Abuso”, a “Privação Emocional”, o “Defeito/Vergonha” e o “Isolamento Social/ Alienação” (Young, 1994). O EMP “Abandono/ Instabilidade” diz respeito à percepção de indisponibilidade e imprevisibilidade dos “outros” significativos, devido a serem emocionalmente instáveis ou a não estarem presentes quando necessário, porque podem morrer a qualquer momento ou abandonar o indivíduo em favor de alguém melhor. O EMP “Desconfiança/ Abuso” refere-se à expectativa de que os outros irão magoar, humilhar, trair, ou manipular o indivíduo, envolvendo a percepção de que o dano causado é intencional. O EMP “Privação Emocional” traduz a ideia de que os outros não satisfarão adequadamente o desejo de apoio do indivíduo, através da privação de apoio e cuidados, de empatia ou de proteção. O EMP “Defeito/ Vergonha” revela a crença de que o indivíduo é defeituoso, indesejado, inferior ou sem valor, ou de que não seria amado se se expusesse. Pode envolver hipersensibilidade à crítica e à rejeição e sensação de vergonha relativamente aos defeitos percebidos. O EMP “Isolamento Social/ Alienação” diz respeito à percepção de que o indivíduo está isolado do resto do mundo, é diferente dos outros e não faz parte de qualquer grupo ou comunidade (Young et al., 2003).

No domínio “Autonomia e Desempenho Deteriorados” o indivíduo acredita que não tem capacidades para sobreviver sozinho e ultrapassar os seus problemas de forma eficaz. A família de origem é tipicamente emaranhada, superprotetora ou não consegue reforçar a criança de forma adequada. Os EMP deste domínio são a “Dependência/ Incompetência”, a “Vulnerabilidade ao Mal e à Doença”, o “Emaranhamento/ Eu Subdesenvolvido” e o “Fracasso” (Young, 1994). O EMP “Dependência/ Incompetência” refere-se à crença de que se é incapaz de exercer as responsabilidades do dia-a-dia de uma forma competente, sem a ajuda considerável dos outros. O EMP “Vulnerabilidade ao Mal e à Doença” reflete um medo exagerado de que uma catástrofe ocasional possa atacar a qualquer altura, sendo o indivíduo incapaz de a evitar. O EMP “Emaranhamento/ Eu Subdesenvolvido” traduz um envolvimento emocional excessivo com “outros”

significativos, comprometendo a individualização e o desenvolvimento social normal. O EMP “Fracasso” engloba a crença de que o indivíduo fracassou, vai fracassar, ou é fundamentalmente inadequado comparativamente ao grupo de pares, em áreas importantes de realização pessoal (Young et al., 2003).

Relativamente ao domínio “Limites Deteriorados”, este diz respeito a um conjunto de dificuldades em estabelecer limites internos, respeitar os direitos dos outros ou alcançar objetivos a longo prazo. A família de origem caracteriza-se tipicamente por ser demasiado permissiva, não estabelecendo limites ou disciplina apropriados. Os EMP referentes a este domínio são a “Grandiosidade/ Limites Indefinidos” e a “Autodisciplina e Autocontrolo Insuficientes” (Young, 1994). O EMP “Grandiosidade/ Limites Indefinidos” diz respeito à percepção de que o indivíduo é superior aos outros, tem direito a privilégios especiais, ou não está sujeito às regras de reciprocidade que guiam as interações sociais. Pode manifestar-se pela tentativa de exercer domínio, sem empatia ou preocupação para com as necessidades ou sentimentos dos outros. O EMP “Autodisciplina e Autocontrolo Insuficientes” traduz uma dificuldade excessiva em tolerar a frustração de forma a conseguir atingir objetivos pessoais ou em controlar a expressão de emoções e impulsos (Young et al., 2003).

No que se refere ao domínio “Influência dos Outros”, este representa um comprometimento das necessidades do indivíduo em favor dos desejos dos outros. Na família típica de origem os sentimentos dos pais são privilegiados em detrimento dos da criança. Os EMP deste domínio são a “Subjugação”, o “Autossacrifício” e a “Procura de Aprovação/ Procura de Reconhecimento” (Young, 1994). O EMP “Subjugação” traduz-se em abdicar do controlo em favor dos outros, para evitar retaliação ou abandono. O indivíduo suprime necessidades e emoções, demonstrando uma concordância excessiva com os desejos dos outros. O EMP “Autossacrifício” reflete o comprometimento voluntário do bem-estar do indivíduo, em detrimento das necessidades dos outros, de forma a evitar causar dano, sentir culpa ou ser abandonado. Esta hipersensibilidade à dor alheia pode levar à sensação de que as próprias necessidades não estão a ser satisfeitas e, por consequência, a ressentimento em relação ao objeto do sacrifício. O EMP “Procura de Aprovação/ Procura de Reconhecimento” traduz-se numa excessiva necessidade de obter aprovação, reconhecimento ou atenção por parte dos outros. A autoestima está dependente da avaliação externa. Pode incluir uma preocupação excessiva em relação a *status*,

aparência, aceitação social, dinheiro ou realização. Resulta frequentemente em hipersensibilidade à rejeição ou em importantes decisões da vida tomadas em função da opinião dos outros (Young et al., 2003).

No último domínio, “Vigilância Excessiva e Inibição”, o indivíduo dá extrema importância ao controlo de sentimentos e impulsos ou ao cumprimento de regras e expectativas excessivamente rígidas. A família de origem é tipicamente perfeccionista e preocupada com as consequências da falta de cuidado. Os EMP que se referem a este domínio são o “Negativismo/ Pessimismo”, a “Inibição Emocional”, os “Padrões Excessivos/ Hipercrítico” e a “Punição” (Young, 1994). O EMP “Vigilância Excessiva e Inibição” revela uma ênfase excessiva no controlo de sentimentos, impulsos e escolhas, de forma a evitar cometer erros, ou em cumprir regras e expectativas rígidas e interiorizadas, comprometendo o bem-estar. No EMP “Negativismo/ Pessimismo” existe um foco exagerado nos aspetos negativos da vida, enquanto os positivos são minimizados. Poderá existir a expectativa de que algo irá correr de forma catastrófica. Frequentemente envolve também um medo inadequado de cometer erros devido às consequências negativas destes. O EMP “Inibição Emocional” diz respeito à inibição excessiva de comportamentos e emoções espontâneos, de forma a manter um sentido de segurança e de previsibilidade. Alternativamente, este controlo pode ser exercido para evitar cometer erros, sofrer a desaprovação dos outros, ou perder o controlo dos próprios impulsos. O EMP “Padrões Excessivos/ Hipercrítico” refere-se à expectativa de que o indivíduo se deve esforçar para atingir padrões internalizados de desempenho que são demasiado elevados, habitualmente para evitar críticas. Pode originar sentimentos de pressão, dificuldade em abrandar e hipercrítico para com o próprio e os outros. Envolve uma diminuição significativa do prazer e bem-estar devido ao perfeccionismo, ao estabelecimento de regras e “deveres” irrealistas e à preocupação em conseguir fazer sempre mais e melhor. O EMP “Punição” diz respeito à crença de que os indivíduos deveriam ser punidos de forma severa pelos seus erros. Traduz-se em agressividade, intolerância e impaciência para com o próprio e os outros. Muitas vezes está associado à dificuldade em perdoar, em aceitar a imperfeição humana, ou em sentir empatia (Young et al., 2003).

A ativação de um EMP é percebida como sendo uma ameaça, a frustração de uma necessidade central e as emoções que a acompanham, à qual o indivíduo responde com um ou mais estilos mal-adaptativos de *coping*. Estes foram geralmente adaptativos na

infância ou adolescência, tornando-se desadaptativos na idade adulta pois perpetuam o EMP independentemente do contexto em que o indivíduo se insere. Existem três estilos mal-adaptativos de *coping*: evitamento, compensação e “rendição”. Quando um indivíduo se rende a um EMP aceita-o como verdadeiro, sente as emoções associadas diretamente e atua de forma a confirmá-lo, perpetuando-o através da relação com os outros. Por exemplo, uma mulher com o EMP “Abandono/ Instabilidade” escolhe um companheiro que não se consegue comprometer e mantém-se nesta relação, apesar de se sentir insatisfeita. Quando um indivíduo utiliza o evitamento tenta viver de forma a nunca ativar o EMP, como se este não existisse. O evitamento pode ser cognitivo, emocional ou comportamental, sendo que “distrações” como o trabalho, a comida ou as substâncias ilícitas são usadas para evitar a dor associada à ativação dos EMP. Neste sentido, um homem com o EMP “Privação Emocional” poderá evitar relações íntimas, apesar de as desejar, isolando-se. Quando um indivíduo usa a compensação, luta contra o EMP ao pensar, sentir, comportar-se e relacionar-se com os outros como se o oposto das suas crenças fosse verdade. Assim, um jovem com o EMP “Defeito/ Vergonha” pode criticar e rejeitar os outros enquanto tenta parecer perfeito (Young et al., 2003).

A Terapia Focada nos Esquemas serviu inicialmente os propósitos de estudo e intervenção nas perturbações da personalidade (Masley, Gillanders, Simpson, & Taylor, 2012; Sempértegui, Karreman, Arntz, & Bekker, 2013; Van Vreeswijk, Broersen, & Nadort, 2012; Young et al., 2003). Contudo, atualmente assiste-se a uma tendência para relacionar EMP e outras perturbações psicológicas. Existem estudos sobre EMP e Esquizofrenia (Bortolon, Capdevielle, Boulenger, Gely-Nargeot, & Raffard, 2013), Perturbação Depressiva *Major* (Braet, Vlierberghe, Vandevivere, Theuwis, & Bosmans, 2013), perturbações bipolares (Hawke & Provencher, 2012; Hawke, Provencher, & Arntz, 2011), Fobia Social (Pinto-Gouveia, Castilho, Galhardo, & Cunha, 2006), dependência de substâncias (Shorey, Stuart, & Anderson, 2013), disfunções sexuais (Gomes & Nobre, 2012), perturbações da identidade de género (Simon, Zsolt, Fogd, & Czobor, 2011), Perturbação Pós-*Stress* Traumático (Cockram, Drummond, & Lee, 2010) e perturbações alimentares (Cooper, Rose, & Turner, 2006; Jenkins, Meyer, & Blissett, 2013; Unoka, Tölgyes, & Czobor, 2007). Além disso, os EMP têm sido também observados em outras condições, tais como a obesidade (Bidadian, Bahramizadeh, & Poursharifi, 2011), a dor crónica (Saariaho, Saariaho, Karila, & Joukamaa, 2011) e o comportamento sexual

agressivo (Sigre - Leirós, Carvalho, & Nobre, 2012). Relativamente ao sono, existe já alguma investigação sobre traços de personalidade, tais como o perfeccionismo (Azevedo et al., 2010; de Azevedo et al., 2009; Maia et al., 2011; N. K. Vincent & Walker, 2000) e o neuroticismo (Chang et al., 2015; Duggan, Friedman, McDevitt, & Mednick, 2014; Gurtman, McNicol, & McGillivray, 2014; Kim et al., 2015). Sabe-se também que condições adversas durante a infância estão relacionadas com um sono mais pobre na idade adulta (Koskenvuo, Hublin, Partinen, Paunio, & Koskenvuo, 2010; Ramsawh, Ancoli-Israel, Sullivan, Hitchcock, & Stein, 2011). No entanto, parece que não existem ainda estudos que relacionem problemas de sono e EMP de uma forma mais direta. Tendo em conta esta lacuna, pretendia-se avaliar a associação entre o sono e os EMP.

Os objetivos deste estudo foram verificar se os EMP estão relacionados com a má qualidade de sono em estudantes do ensino superior e observar quais os EMP mais fortemente associados à má qualidade de sono autorrelatada por esta população específica. A escassez de dados empíricos sobre este tema tornou difícil a formulação de hipóteses concretas. Apesar disso, com base na experiência clínica da equipa de supervisão, esperava-se que os indivíduos com má qualidade de sono evidenciassem mais EMP e uma pontuação superior nos mesmos, comparativamente aos indivíduos com boa qualidade de sono. Além disso, esperava-se também que os EMP com maior probabilidade de apresentar uma relação com a má qualidade de sono fossem a “Privação Emocional”, a “Vulnerabilidade ao Mal e à Doença”, o “Fracasso”, a “Procura de Aprovação/ Procura de Reconhecimento”, o “Negativismo/ Pessimismo”, a “Inibição Emocional”, os “Padrões Excessivos/ Hipercriticismo” e a “Punição”. Estes oito EMP foram selecionados tendo também em consideração investigações que relacionam um sono pobre com vários fatores ligados à personalidade e ao *distress* psicológico, tais como o neuroticismo (Chang et al., 2015), a sensibilidade à ansiedade (Vincent & Walker, 2001), a internalização (Park, An, Jang, & Chung, 2012; van de Laar, Verbeek, Pevernagie, Aldenkamp, & Overeem, 2010), a baixa autoestima (Levin, Bertelson, & Lacks, 1984), a depressão (Park et al., 2012; LeBlanc et al., 2007), a ruminação (Carney, Edinger, Meyer, Lindman, & Istre, 2006; Takano, Iijima, & Tanno, 2012), a preocupação (Kelly, 2002; Takano et al., 2012), o perfeccionismo (Azevedo et al., 2010), uma atitude demasiado séria perante a vida (Lundh, Broman, & Hetta, 1995), o evitamento do dano (de Saint Hilaire, Straub, & Pelissolo,

2005; Park et al., 2012), a catastrofização (Harvey & Greenall, 2003; Ong, Ulmer, & Manber, 2012) e o auto-criticismo (Vincent, Cox, & Clara, 2009).

Metodologia

Amostra

Neste estudo foi usada uma amostra não probabilística de estudantes do ensino superior ($N = 1253$). Os participantes tiveram acesso aos questionários *online*, tendo sido contactados através de correio eletrónico e das redes sociais. Os critérios de inclusão para esta amostra inicial foram: (1) estar a frequentar uma instituição de Ensino Superior em Portugal; (2) ter nacionalidade portuguesa; e (3) participar voluntariamente na investigação. Relativamente à amostra inicial, os participantes tinham em média 24 anos. A maioria era do sexo feminino (75%), solteira (88%) e sem filhos (87%); frequentava o 1º ciclo da universidade (62%); tinha estatuto de aluno ordinário (76%); não tinha saído de casa dos pais para estudar (53%); não apresentava autorrelato de problemas de saúde (90%), mentais (94%) ou de sono (76%); não tomava medicação (81%); e não partilhava o quarto (68%).

A partir da amostra inicial foi selecionada uma primeira subamostra de participantes ($n_1 = 409$), usando como critérios de inclusão a idade (entre os 18 e os 25 anos) e as pontuações extremas de qualidade de sono da BaSIQS (má qualidade de sono e boa qualidade de sono). Os participantes com qualidade de sono intermédia foram excluídos das análises subsequentes. No que diz respeito à n_1 , os participantes tinham em média 21 anos. A maioria era do sexo feminino (81%), solteira (98%) e sem filhos (94%); frequentava o 1º ciclo da universidade (69%); tinha estatuto de aluno ordinário (89%); tinha saído de casa dos pais para estudar (53%); não apresentava autorrelato de problemas de saúde (90%), mentais (93%) ou de sono (69%); não tomava medicação (81%); e não partilhava o quarto (76%).

Finalmente, a partir da n_1 , foi isolada uma segunda subamostra de participantes ($n_2 = 249$) (cf. Tabela 1) com características de um estudante “típico” do ensino superior no contexto português. Os critérios de inclusão dos participantes na n_2 foram: (1) serem solteiros; (2) não terem filhos; (3) terem estatuto de aluno ordinário; (4) não terem

problemas de saúde física; (5) não terem problemas mentais e (6) não tomarem medicação, conforme relatado pelos próprios. De notar que os participantes que mencionaram ter problemas de sono foram incluídos nesta amostra.

Tabela 1: Características sociodemográficas e clínicas da n₂

	M	DP
Idade	20.7	2.0
	n	%
Sexo		
Masculino	48	19.3
Feminino	201	80.7
Grau de estudos		
Licenciatura	175	70.3
Mestrado	43	17.3
Mestrado Integrado	26	10.4
Doutoramento	2	0.8
Outro	3	1.2
Saída de casa		
Não	115	46.2
Sim	134	53.8
Problema de sono		
Não	186	74.7
Sim. Insónia.	39	15.7
Sim. Outro.	24	9.6
Partilha o quarto		
Não	199	79.9
Sim	50	20.1

Instrumentos

O questionário *online* iniciava com uma secção de questões para obtenção de dados sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, se tem filhos a cargo, curso, grau de estudos, ano, estatuto de aluno, se o ingresso no Ensino Superior implicou a saída de casa dos pais) e clínicos (existência de problemas de saúde, mentais ou de sono e medicação) (cf. Anexo 1). Seguia-se uma secção para caracterização de determinados aspetos de sono, com

questões selecionadas do *Questionário sobre Padrões de Sono e Vigília em Estudantes do Ensino Superior* (QSVES) – versão “em tempo de aulas” (Gomes, J. Tavares, DCE-UA, & M. H. Azevedo, FM-UC, 2001 cf. Gomes, 2005; Gomes et al., 2011) (cf. Anexo 2), nomeadamente os horários de deitar e levantar, o número de horas de sono, a frequência com que dorme o número de horas necessárias e se partilha o quarto (nem todas tratadas no presente trabalho devido aos objetivos principais do mesmo).

Escala Básica de Sintomas de Insónia e Qualidade de Sono (BaSIQS) - versão estudante (Allen Gomes et al., 2015; Adapt. Gomes et al., 2001, 2011) (cf. Anexo 3)

Escala composta por sete itens que avaliam subjetivamente as dificuldades em iniciar e manter o sono, bem como a qualidade e profundidade do mesmo, ao longo do último mês. Cada item está cotado numa escala de Likert de cinco pontos, de 0 a 4, exceto os últimos dois itens, que se encontram invertidos. A pontuação total da escala é obtida através da soma de cada um dos itens, podendo variar entre 0 e 28 pontos. As pontuações mais elevadas estão associadas a uma pior qualidade de sono. Neste estudo a BaSIQS apresentou boas propriedades psicométricas, com alfa de Cronbach de 0.79.

Através da BaSIQS foram constituídos os grupos “boa qualidade de sono” e “má qualidade de sono”, tendo em conta os pontos de corte usados (pontuações até ao percentil 25 e a partir do percentil 75, respetivamente).

Questionário de Esquemas de Young (YSQ-S3) – (versão curta - 3) (Young, 2005; Tradução e Adaptação de J. Pinto-Gouveia, D. Rijo e M. C. Salvador, 2005 – revista; Rijo, 2009) (cf. Anexo 4)

Questionário de 90 itens que avalia os 18 EMP. Cada item é cotado usando uma escala de Likert de seis pontos (1 = completamente falso até 6 = descreve-me perfeitamente). Pontuações médias mais elevadas refletem crenças centrais mais desadaptativas. As 18 subescalas, que caracterizam os 18 EMP, estão agrupadas nos cinco domínios esquemáticos anteriormente referidos. Neste estudo o YSQ-S3 apresentou boas propriedades psicométricas, com valores de alfa de Cronbach a variar entre 0.56 para o EMP “Padrões Excessivos/ Hipercriticismo” e 0.90 para o EMP “Fracasso”.

Procedimentos

Inicialmente foi solicitada a autorização do autor principal da versão portuguesa do YSQ-S3 (Doutor Daniel Rijo), para uso do instrumento, através de correio eletrónico (cf. Anexo 5). Posteriormente foi disponibilizado *online* o conjunto de questionários, na plataforma *GoogleDocs*, de forma semelhante a outros estudos realizados na área da psicologia (cf. Anexo 6; Carvalheira, 2007; Meia-Via, 2013; Morgadinho, 2012). Os questionários estiveram disponíveis *online* durante, aproximadamente, dois meses. O pedido de divulgação foi enviado a 13 universidades públicas, incluindo a Universidade de Aveiro, 23 universidades privadas e 19 institutos politécnicos (cf. Anexo 7), para que estas instituições dessem a conhecer o estudo aos seus alunos. O questionário foi também divulgado nas redes sociais. Após um breve período para testar o funcionamento da versão eletrónica do questionário deu-se início à recolha de dados. Na primeira página da plataforma *GoogleDocs* os participantes eram informados acerca dos objetivos do estudo e das condições de participação (ter nacionalidade portuguesa e estar a frequentar uma instituição de Ensino Superior em Portugal). Seguidamente surgia o consentimento informado, no qual os participantes eram informados de que os dados recolhidos seriam anónimos e de que poderiam desistir da participação no estudo a qualquer momento. O tempo estimado para o preenchimento do conjunto de questões era aproximadamente 30 minutos, sendo que era possível observar a progressão através de uma barra de progresso. As primeiras questões eram as relativas aos dados sociodemográficos e clínicos, incluindo as perguntas selecionadas do QSVES. De seguida surgia a BaSIQS e, por último, o YSQ-S3. Tanto a BaSIQS como o YSQ-S3 apresentavam uma parte introdutória com instruções de preenchimento específicas, considerando uma semana típica em tempo de aulas ao longo do último mês, e o último ano, respetivamente. Apenas os questionários preenchidos na totalidade podiam ser submetidos. A amostra total obtida foi de 1253 participantes.

Análise estatística

Foi usado o programa IBM SPSS Statistics 20 (*Statistical Package for the Social Sciences*) para a análise estatística dos dados. Relativamente à estatística descritiva, foram efetuados cálculos como médias e desvios-padrão para a caracterização sociodemográfica das amostras. Calcularam-se igualmente coeficientes alfa de Cronbach para verificar a consistência interna dos instrumentos. Finalmente, apesar de se terem verificado algumas

violações aos pressupostos dos testes paramétricos, recorreu-se ao cálculo de estatísticas inferenciais paramétricas, especificamente Análises de Variância Multivariadas (MANOVAs), dado o número elevado de participantes em ambas as subamostras (n_1 e n_2) ($n > 30$) (Pestana & Gageiro, 2003).

Resultados

Relativamente à pontuação total do YSQ-S3, os participantes com má qualidade de sono obtiveram valores mais elevados, tanto na n_1 (boa qualidade de sono: $M = 182.49$, $DP = 45.79$; má qualidade de sono: $M = 222.57$, $DP = 58.65$) como na n_2 (boa qualidade de sono: $M = 179.24$, $DP = 43.24$; má qualidade de sono: $M = 217.36$, $DP = 59.12$).

No que diz respeito a cada um dos EMP, nos participantes com má qualidade de sono também se observaram pontuações superiores. Foi usada uma MANOVA, de forma a avaliar o efeito da qualidade de sono e do sexo nos EMP, para cada um dos cinco domínios (“Distanciamento e Rejeição”, “Autonomia e Desempenho Deteriorados”, “Limites Deteriorados”, “Influência dos Outros” e “Vigilância Excessiva e Inibição”), para ambas as subamostras. Optou-se por apresentar sinteticamente os resultados da n_1 para de seguida dar ênfase aos da n_2 , dado que esta última seria mais ilustrativa do estudante “típico” do ensino superior. Além disso, ao eliminar trabalhadores-estudantes, participantes casados, com filhos a cargo, com problemas de saúde e medicamentos, excluiu-se a possibilidade de um sono de má qualidade traduzir algum destes aspetos. Com uma amostra mais homogênea pretendeu-se, portanto, ter a certeza de que as associações que viessem a emergir teriam a ver com a qualidade de sono e não com outros fatores associados a um sono mais pobre. Começando pela n_1 , os resultados revelaram diferenças estatisticamente significativas em 16 dos 18 EMP. Os participantes com má qualidade de sono apresentaram níveis significativamente mais elevados dos EMP “Abandono/ Instabilidade” [$F(1, 405) = 24.666$, $p < 0.01$, η^2 parcial = 0.057], “Desconfiança/ Abuso” [$F(1, 405) = 43.929$, $p < 0.01$, η^2 parcial = 0.098], “Privação Emocional” [$F(1, 405) = 21.176$, $p < 0.01$, η^2 parcial = 0.050], “Defeito/ Vergonha” [$F(1, 405) = 23.487$, $p < 0.01$, η^2 parcial = 0.055], “Isolamento Social/ Alienação” [$F(1, 405) = 24.370$, $p < 0.01$, η^2 parcial = 0.057], “Dependência/ Incompetência” [$F(1, 405) = 10.779$, $p = 0.001$, η^2 parcial = 0.026], “Vulnerabilidade ao Mal e à Doença” [$F(1, 405) = 32.839$, $p < 0.01$, η^2 parcial = 0.075], “Fracasso” [$F(1, 405)$

= 11.989, $p = 0.001$, η^2 parcial = 0.029], “Grandiosidade/ Limites Indefinidos” [$F(1, 405) = 18.740$, $p < 0.01$, η^2 parcial = 0.044], “Autodisciplina e Autocontrolo Insuficientes” [$F(1, 405) = 8.623$, $p = 0.004$, η^2 parcial = 0.021], “Subjugação” [$F(1, 405) = 17.437$, $p < 0.01$, η^2 parcial = 0.041], “Autossacrifício” [$F(1, 405) = 18.503$, $p < 0.01$, η^2 parcial = 0.044], “Negativismo/ Pessimismo” [$F(1, 405) = 34.110$, $p < 0.01$, η^2 parcial = 0.078], “Inibição Emocional” [$F(1, 405) = 7.705$, $p = 0.006$, η^2 parcial = 0.019], “Padrões Excessivos/ Hipercriticismo” [$F(1, 405) = 7.368$, $p = 0.007$, η^2 parcial = 0.018] e “Punição” [$F(1, 405) = 8.793$, $p = 0.003$, η^2 parcial = 0.021].

De seguida serão então descritos de forma mais pormenorizada os resultados para a n_2 .

Domínio “Distanciamento e Rejeição”

Os testes multivariados indicaram um efeito principal estatisticamente significativo para a qualidade de sono [Lambda de Wilks = 0.908, $F(5, 241) = 4.899$, $p < 0.01$, η^2 parcial = 0.092], mas não para o sexo [Lambda de Wilks = 0.973, $F(5, 241) = 1.321$, $p = 0.256$, η^2 parcial = 0.027]. Não se observou um efeito estatisticamente significativo para a interação entre a qualidade de sono e o sexo [Lambda de Wilks = 0.980, $F(5, 241) = 0.984$, $p = 0.428$, η^2 parcial = 0.020].

A análise univariada (usando um nível de alfa ajustado pela correção de Bonferroni de 0.010) mostrou que o grupo de participantes com má qualidade de sono apresentou níveis significativamente mais elevados dos EMP “Abandono/ Instabilidade”, “Desconfiança/ Abuso” e “Isolamento Social/ Alienação” (cf. Tabela 2).

Tabela 2: EMP do domínio “Distanciamento e Rejeição” em função da qualidade de sono (má qualidade de sono vs. boa qualidade de sono)

YSQ-S3	Grupo (qualidade de sono)				F(1, 245)	p	η^2
	má		boa				
	(n = 113)		(n = 136)				
	M	DP	M	DP			
Abandono/ Instabilidade	6.30	2.66	4.93	1.91	11.423*	0.001	0.045
Desconfiança/ Abuso	7.22	2.89	5.22	1.85	22.272*	0.000	0.083
Privação Emocional	5.43	2.96	4.22	2.20	4.815	0.029	0.019
Defeito/ Vergonha	5.15	2.85	3.70	1.93	5.935	0.016	0.024
Isolamento Social/ Alienação	6.69	2.91	5.17	2.42	8.711*	0.003	0.034

Nota: Significância estatística usando um nível de alfa ajustado pela correção de Bonferroni, $p = 0.010$

* $p < 0.010$

Domínio “Autonomia e Desempenho Deteriorados”

Os testes multivariados mostraram um efeito principal estatisticamente significativo para a qualidade de sono [Lambda de Wilks = 0.931, $F(4, 242) = 4.499$, $p = 0.002$, η^2 parcial = 0.069], mas não para o sexo [Lambda de Wilks = 0.969, $F(4, 242) = 1.928$, $p = 0.106$, η^2 parcial = 0.031]. Não se verificou um efeito estatisticamente significativo para a interação entre a qualidade de sono e o sexo [Lambda de Wilks = 0.982, $F(4, 242) = 1.083$, $p = 0.365$, η^2 parcial = 0.018].

A análise univariada (usando um nível de alfa ajustado pela correção de Bonferroni de 0.012) revelou que o grupo de participantes com má qualidade de sono apresentou níveis significativamente mais elevados do EMP “Vulnerabilidade ao Mal e à Doença” (cf. Tabela 3).

Tabela 3: EMP do domínio “Autonomia e Desempenho Deteriorados” em função da qualidade de sono (má qualidade de sono vs. boa qualidade de sono)

YSQ-S3	Grupo (qualidade de sono)				F(1, 245)	p	η2
	má		boa				
	(n = 113)		(n = 136)				
	M	DP	M	DP			
Dependência/ Incompetência	4.93	1.86	4.17	1.42	2.564	0.111	0.010
Vulnerabilidade ao Mal e à Doença	4.99	2.23	3.43	1.53	15.545*	0.000	0.060
Emaranhamento/ Eu Subdesenvolvido	4.99	1.98	4.53	1.77	0.462	0.497	0.002
Fracasso	5.71	2.94	4.36	2.00	4.691	0.031	0.019

Nota: Significância estatística usando um nível de alfa ajustado pela correção de Bonferroni, $p = 0.012$

* $p < 0.010$

Domínio “Limites Deteriorados”

Os testes multivariados indicaram um efeito principal estatisticamente significativo para a qualidade de sono [Lambda de Wilks = 0.939, $F(2, 244) = 7.894$, $p < 0.01$, η^2 parcial = 0.061] e para o sexo [Lambda de Wilks = 0.969, $F(2, 244) = 3.906$, $p = 0.021$, η^2 parcial = 0.031]. Observou-se igualmente um efeito estatisticamente significativo para a interação entre a qualidade de sono e o sexo [Lambda de Wilks = 0.972, $F(2, 244) = 3.530$, $p = 0.031$, η^2 parcial = 0.028].

A análise univariada (usando um nível de alfa ajustado pela correção de Bonferroni de 0.025) mostrou que o grupo de participantes com má qualidade de sono apresentou níveis

significativamente mais elevados do EMP “Grandiosidade/ Limites Indefinidos” (cf. Tabela 4). No que diz respeito ao sexo, os homens apresentaram níveis significativamente mais elevados do EMP “Grandiosidade/ Limites Indefinidos” (homens: $M = 6.71$, $DP = 1.88$; mulheres: $M = 6.21$, $DP = 1.95$; $p < 0.010$). Em relação à interação entre a qualidade de sono e o sexo, os homens apresentaram uma maior diferença entre os grupos “boa qualidade de sono” e “má qualidade de sono” no que diz respeito às pontuações do EMP “Grandiosidade/ Limites Indefinidos” (homens com má qualidade de sono: $M = 8.17$, $DP = 1.90$; homens com boa qualidade de sono: $M = 6.05$, $DP = 1.48$; mulheres com má qualidade de sono: $M = 6.42$, $DP = 2.13$; mulheres com boa qualidade de sono: $M = 6.00$, $DP = 1.75$; $p < 0.010$).

Tabela 4: EMP do domínio “Limites Deteriorados” em função da qualidade de sono (má qualidade de sono vs. boa qualidade de sono)

YSQ-S3	Grupo (qualidade de sono)				<i>F</i> (1, 245)	<i>p</i>	η^2
	má		boa				
	(n = 113)		(n = 136)				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Grandiosidade/ Limites Indefinidos	6.65	2.17	6.01	1.68	15.525*	0.000	0.060
Autodisciplina e Autocontrole	6.31	2.44	5.79	2.04	3.413	0.066	0.014
Insuficientes							

Nota: Significância estatística usando um nível de alfa ajustado pela correção de Bonferroni, $p = 0.025$

* $p < 0.010$

Domínio “Influência dos Outros”

Os testes multivariados revelaram um efeito principal estatisticamente significativo para a qualidade de sono [Lambda de Wilks = 0.957, $F(3, 243) = 3.628$, $p = 0.014$, η^2 parcial = 0.043] e para o sexo [Lambda de Wilks = 0.944, $F(3, 243) = 4.774$, $p = 0.003$, η^2 parcial = 0.056]. Verificou-se também um efeito estatisticamente significativo para a interação entre a qualidade de sono e o sexo [Lambda de Wilks = 0.962, $F(3, 243) = 3.158$, $p = 0.025$, η^2 parcial = 0.038].

A análise univariada (usando um nível de alfa ajustado pela correção de Bonferroni de 0.017) indicou que o grupo de participantes com má qualidade de sono apresentou níveis significativamente mais elevados do EMP “Autossacrifício” (cf. Tabela 5). No que diz respeito ao sexo, os homens apresentaram níveis significativamente mais elevados do EMP

“Procura de Aprovação/ Procura de Reconhecimento” (homens: $M = 6.49$, $DP = 2.13$; mulheres: $M = 5.57$, $DP = 1.94$; $p < 0.010$). Depois de aplicada a correção de Bonferroni, a interação entre a qualidade de sono e o sexo revelou-se estatisticamente não significativa.

Tabela 5: EMP do domínio “Influência dos Outros” em função da qualidade de sono (má qualidade de sono vs. boa qualidade de sono)

YSQ-S3	Grupo (qualidade de sono)				F(1, 245)	p	η2
	má		boa				
	(n = 113)		(n = 136)				
	M	DP	M	DP			
Subjugação	5.09	2.26	4.33	1.56	3.133	0.078	0.013
Autossacrifício	7.43	2.38	6.35	2.30	8.685*	0.004	0.034
Procura de Aprovação/ Procura de Reconhecimento	5.79	2.15	5.71	1.89	4.031	0.046	0.016

Nota: Significância estatística usando um nível de alfa ajustado pela correção de Bonferroni, $p = 0.017$

* $p < 0.010$

Domínio “Vigilância Excessiva e Inibição”

Os testes multivariados indicaram um efeito principal estatisticamente significativo para a qualidade de sono [Lambda de Wilks = 0.925, $F(4, 242) = 4.889$, $p = 0.001$, η^2 parcial = 0.075] e para o sexo [Lambda de Wilks = 0.951, $F(4, 242) = 3.109$, $p = 0.016$, η^2 parcial = 0.049]. Não se observou um efeito estatisticamente significativo para a interação entre a qualidade de sono e o sexo [Lambda de Wilks = 0.990, $F(4, 242) = 0.583$, $p = 0.675$, η^2 parcial = 0.010].

A análise univariada (usando um nível de alfa ajustado pela correção de Bonferroni de 0.012) revelou que o grupo de participantes com má qualidade de sono apresentou níveis significativamente mais elevados do EMP “Negativismo/ Pessimismo” (cf. Tabela 6). No que diz respeito ao sexo, os homens apresentaram níveis significativamente mais elevados do EMP “Inibição Emocional” (homens: $M = 7.53$, $DP = 3.13$; mulheres: $M = 6.18$, $DP = 2.78$; $p < 0.010$).

Tabela 6: EMP do domínio “Vigilância Excessiva e Inibição” em função da qualidade de sono (má qualidade de sono vs. boa qualidade de sono)

YSQ-S3	Grupo (qualidade de sono)				F(1, 245)	p	η ²
	má		boa				
	(n = 113)		(n = 136)				
	M	DP	M	DP			
Negativismo/ Pessimismo	7.89	3.01	5.72	2.19	18.467*	0.000	0.070
Inibição Emocional	6.92	2.95	6.05	2.79	2.030	0.156	0.008
Padrões Excessivos/ Hipercriticismo	4.97	1.60	4.39	1.62	5.703	0.018	0.023
Punição	6.22	2.24	5.52	2.05	4.540	0.034	0.018

Nota: Significância estatística usando um nível de alfa ajustado pela correção de Bonferroni, $p = 0.012$

* $p < 0.010$

Discussão

Os objetivos deste estudo foram verificar se a qualidade de sono está relacionada com os EMP e observar quais destes estão mais associados à má qualidade de sono, em estudantes do ensino superior. Para isso, com base numa amostra alargada recolhida inicialmente, selecionou-se a n_1 , usando como critérios de inclusão a idade e as pontuações extremas de qualidade de sono da BaSIQS. Assim, foram comparados dois grupos de participantes, um com má qualidade de sono e outro com boa qualidade de sono, de forma a observar se existiam diferenças significativas entre estes no que diz respeito à ativação de EMP. Os participantes com qualidade de sono intermédia foram excluídos. A partir da n_1 extraiu-se a n_2 , de forma a examinar o padrão de resultados referido anteriormente (qualidade de sono vs. ativação de EMP), considerando apenas o estudante “típico” do ensino superior no contexto português. Era esperado que os participantes com má qualidade de sono evidenciassem pontuações mais acentuadas em várias medidas de EMP. Além disso, esperava-se também que os EMP com maior probabilidade de apresentar uma relação com a má qualidade de sono fossem a “Privação Emocional”, a “Vulnerabilidade ao Mal e à Doença”, o “Fracasso”, a “Procura de Aprovação/ Procura de Reconhecimento”, o “Negativismo/ Pessimismo”, a “Inibição Emocional”, os “Padrões Excessivos/ Hipercliticismo” e a “Punição”. Devido à inexistência de dados sobre a relação entre EMP e sono, as hipóteses colocadas foram baseadas na experiência clínica da equipa de supervisão. Complementarmente, foram tidas em consideração investigações que

relacionam um sono pobre com vários fatores ligados à personalidade e ao *distress* psicológico, tais como o neuroticismo (Chang et al., 2015), a sensibilidade à ansiedade (Vincent & Walker, 2001), a internalização (Park et al., 2012), a baixa autoestima (Levin et al., 1984), a depressão (LeBlanc et al., 2007), a ruminação (Takano et al., 2012), a preocupação (Kelly, 2002), o perfeccionismo (Azevedo et al., 2010) e uma atitude demasiado séria perante a vida (Lundh et al., 1995), entre outros.

No geral, os resultados apoiaram parcialmente as hipóteses colocadas. Assim, os participantes com má qualidade de sono obtiveram pontuações mais elevadas nas medidas de EMP, tanto na pontuação total do YSQ-S3, como em cada um dos EMP, para ambas as subamostras. Relativamente aos oito EMP para os quais era esperado encontrar uma maior associação com a má qualidade de sono, para a n_1 apenas na “Procura de Aprovação/ Procura de Reconhecimento” isto não se verificou. No que diz respeito à n_2 , pelo contrário, esta associação apenas se observou na “Vulnerabilidade ao Mal e à Doença” e no “Negativismo/ Pessimismo”. Observou-se também que outros EMP, além dos oito esperados, estavam relacionados com a má qualidade de sono, para ambas as subamostras. Assim, para a n_1 , os EMP “Abandono/ Instabilidade”, “Desconfiança/ Abuso”, “Defeito/ Vergonha”, “Isolamento Social/ Alienação”, “Dependência/ Incompetência”, “Grandiosidade/ Limites Indefinidos”, “Autodisciplina e Autocontrolo Insuficientes”, “Subjugação” e “Autossacrifício” apresentaram uma relação significativa com a má qualidade de sono. Relativamente à n_2 , os EMP “Abandono/ Instabilidade”, “Desconfiança/ Abuso”, “Isolamento Social/ Alienação”, “Grandiosidade/ Limites Indefinidos” e “Autossacrifício” apresentaram uma relação significativa com a má qualidade de sono. De uma forma geral, a n_1 apresentou um maior número de EMP relacionados com a má qualidade de sono. No entanto, optou-se por discutir de forma mais pormenorizada apenas os resultados referentes à n_2 , dado que esta subamostra seria mais ilustrativa do estudante “típico” do ensino superior.

É relevante mencionar que este estudo foi efetuado numa amostra não clínica, sendo que alguns participantes foram incluídos no grupo “má qualidade de sono”, para efeitos estatísticos, com base na pontuação da BaSIQS. As correções de Bonferroni usadas são muito conservadoras, o que poderá explicar em parte a diferença entre resultados esperados e obtidos. Assim, sem considerar estas correções, teria sido possível observar uma relação entre a má qualidade de sono e os EMP “Privação Emocional”, “Defeito/ Vergonha”,

“Fracasso”, “Procura de Aprovação/ Procura de Reconhecimento”, “Padrões Excessivos/ Hiper criticismo” e “Punição”, além dos anteriormente referidos, para a n_2 . No que diz respeito à n_1 , os resultados seriam similares aos descritos anteriormente. Relativamente aos EMP que sobreviveram às correções de Bonferroni, as magnitudes de efeito obtidas foram baixas a moderadas para a n_1 e baixas para a n_2 (Field, 2009). É importante referir que não se estava à espera de obter magnitudes de efeito elevadas neste estudo devido à existência de outras variáveis que não foram exploradas e que já demonstraram ter influência na qualidade de sono, como a reatividade ao stress (Baglioni, Spiegelhalder, Lombardo, & Riemann, 2010), a hiperativação neuropsicofisiológica (Marques, Allen Gomes, Clemente, Santos, & Castelo - Branco, 2015), fatores genéticos (Harvey, Gehrman, & Espie, 2014), entre outras. Apesar de as magnitudes de efeito terem sido, na sua maioria, pequenas, estes dados podem ter interesse clínico devido à consistência dos resultados (Ellis, 2010). Alguns autores sugeriram a existência de uma interação significativa entre EMP e acontecimentos de vida indutores de stress (Cámara & Calvete, 2012). Os dados para este estudo foram recolhidos no início do segundo semestre, numa altura de baixa exigência académica. Pode colocar-se a hipótese de, por exemplo, durante o período de exames estes resultados poderem eventualmente alcançar uma magnitude de efeito mais elevada. É também frequente a existência de mais do que um EMP no mesmo indivíduo (Young et al., 2003). É possível que o valor cumulativo de vários EMP se traduza numa maior magnitude de efeito. Sabe-se que em amostras de grandes dimensões ($n > 1000$) podem surgir diferenças estatisticamente significativas, mas de reduzida relevância prática (Ellis, 2010). Este efeito, no entanto, não parece ser aplicável no presente estudo, dado o número de casos considerados nas análises efetuadas, tanto para a n_1 como para a n_2 . Além disso, a robustez destes resultados não poderia ser explicada pela utilização de uma amostra alargada, pois as medidas de magnitude de efeito não são afetadas pelo nível de significância estatística (Ellis, 2010).

O domínio “Distanciamento e Rejeição” traduz-se numa expectativa de que as necessidades básicas de segurança, estabilidade, apoio, cuidados, empatia, partilha de sentimentos, aceitação e respeito não serão satisfeitas pelos “outros” significativos de uma forma previsível (Young, 1994). Tendo em conta a literatura que relaciona a depressão (LeBlanc et al., 2007) e a internalização (Park et al., 2012) com um sono pobre, esperava-se que os EMP referentes a este domínio, nomeadamente a “Privação Emocional”, fossem

significativamente mais prevalentes no grupo com má qualidade de sono. Esta hipótese verificou-se parcialmente. Assim, para a n_1 , todos os EMP mostraram estar relacionados com a má qualidade de sono. No caso da n_2 , os EMP que se revelaram significativamente associados à má qualidade de sono foram o “Abandono/ Instabilidade”, a “Desconfiança/ Abuso” e o “Isolamento Social/ Alienação”. Os indivíduos com o EMP de “Abandono/ Instabilidade” acreditam que vão perder as pessoas que lhes são mais próximas porque estas os vão deixar, morrer ou comportar-se de forma imprevisível e, por isso, estão constantemente vigilantes a qualquer sinal de abandono. As emoções apresentadas mais frequentemente são a ansiedade crónica acerca de perder alguém, tristeza ou depressão quando existe uma perda real ou percebida e raiva em relação às pessoas que os deixaram. Além disso, de forma consistente com o estilo mal-adaptativo de *coping* de “rendição”, estes indivíduos tendem a envolver-se com “outros” significativos que não estão emocionalmente disponíveis, o que faz com que o EMP seja ativado frequentemente (Young et al., 2003). O facto de se ter verificado uma relação significativa não antecipada entre este EMP e a má qualidade de sono na n_2 pode compreender-se à luz de investigações que relacionam a ansiedade (LeBlanc et al., 2007; van de Laar et al., 2010), a tristeza (Babson & Feldner, 2015), a depressão (Park et al., 2012), a agressividade (Ireland & Culpin, 2006), a hostilidade (Brissette & Cohen, 2002; Granö, Vahtera, Virtanen, Keltikangas-Järvinen, & Kivimäki, 2008) e a raiva (Shin et al., 2005) com um sono pobre. Relativamente ao EMP de “Desconfiança/ Abuso”, os indivíduos que o evidenciam esperam que os outros se aproveitem deles, através da mentira ou da manipulação, os humilhem, ou sejam fisicamente violentos. São reservados e desconfiados, acreditando que os outros os querem magoar intencionalmente. Muitas vezes têm ideias paranóides (Young et al., 2003). Na n_2 observou-se uma relação significativa não antecipada entre este EMP e a má qualidade de sono. Esta associação pode ser explicada com base em estudos que mostram que uma má qualidade de sono está relacionada com a paranoia (Levin et al., 1984), a introversão (Dorsey & Bootzin, 1997; Önder, Beşoluk, İskender, Masal, & Demirhan, 2014) e a solidão (Cacioppo et al., 2002). Algumas investigações mostram também que um estado de ativação semelhante ao que ocorre em situações de perigo torna o indivíduo mais focado em possíveis pistas ou estímulos ameaçadores, impedindo-o de relaxar (Marques et al., 2015). Ainda neste domínio, no que diz respeito ao EMP “Isolamento Social/ Alienação”, os indivíduos que o manifestam acreditam que são

diferentes dos outros e sentem-se isolados. Como estilo mal-adaptativo de *coping*, a “rendição” ao EMP leva a que evitem inserir-se em grupos, escolham atividades solitárias e possam ter poucas ou nenhuma relações íntimas (Young et al., 2003). Verificou-se uma relação significativa não antecipada entre este EMP e a má qualidade de sono na n_2 . Este resultado pode ser explicado tendo em conta estudos que relacionam a solidão (Cacioppo et al., 2002), a introversão (Önder et al., 2014), a tristeza (Babson & Feldner, 2015) e a depressão (Park et al., 2012) com um sono pobre.

Relativamente ao domínio “Autonomia e Desempenho Deteriorados”, este engloba expectativas acerca do próprio e do ambiente que interferem com a perceção das aptidões do indivíduo para sobreviver, funcionar de forma independente e ter sucesso (Young, 1994). De acordo com estudos que mostraram que a catastrofização (Harvey & Greenall, 2003), a baixa autoestima (Levin et al., 1984), a ruminação (Carney et al., 2006), o auto-criticismo (Vincent et al., 2009), o neuroticismo (Chang et al., 2015), a depressão (Park et al., 2012) e a sensibilidade à ansiedade (Vincent & Walker, 2001) estão associados a um sono pobre, esperava-se que os EMP deste domínio, nomeadamente a “Vulnerabilidade ao Mal e à Doença” e o “Fracasso”, estivessem significativamente relacionados com a má qualidade de sono. Esta hipótese verificou-se parcialmente. Assim, para a n_1 , apenas o “Emaranhamento” não se relacionou com a má qualidade de sono. Relativamente à n_2 , apenas o EMP “Vulnerabilidade ao Mal e à Doença” mostrou estar significativamente associado à má qualidade de sono. Os indivíduos com um EMP de “Vulnerabilidade ao Mal e à Doença” vivem com a crença de que algo de terrível, que está fora do seu controlo, lhes vai acontecer. A emoção predominante é a ansiedade (Young et al., 2003). De acordo com o esperado, para a n_2 , verificou-se uma relação significativa entre este EMP e a má qualidade de sono. De facto, estes resultados são consistentes com investigações que relacionam a ansiedade (LeBlanc et al., 2007), a catastrofização (Harvey & Greenall, 2003), a sensibilidade à ansiedade (Vincent & Walker, 2001) e o neuroticismo (Chang et al., 2015) com a má qualidade de sono.

No que diz respeito ao domínio “Limites Deteriorados”, este reflete uma deficiência nos limites internos, na responsabilidade e na orientação a longo prazo. Origina dificuldades no que diz respeito aos direitos dos outros, cooperação, assumir compromissos ou estabelecer e alcançar objetivos pessoais realistas (Young, 1994). Tendo em conta as hipóteses colocadas inicialmente, não era esperado que os EMP deste domínio

fossem significativamente mais prevalentes no grupo com má qualidade de sono. No entanto, verificou-se uma relação entre os EMP deste domínio e a má qualidade de sono. Na n_1 , ambos os EMP se revelaram significativamente relacionados com a má qualidade de sono. Na n_2 , apenas no EMP “Grandiosidade/ Limites Indefinidos” se observou esta associação. Os indivíduos com o EMP “Grandiosidade/ Limites Indefinidos” acreditam que têm direitos e privilégios especiais. Tentam controlar o comportamento dos outros de forma a ir ao encontro das suas próprias necessidades, sem demonstrar empatia ou preocupação. Comportamentos típicos incluem competitividade excessiva e tentativas de dominar e forçar os seus pontos de vista. Este EMP pode estar associado a sentimentos de tristeza e solidão pelo afastamento de “outros” significativos devido a estes comportamentos. Os fracassos podem levar a ansiedade e depressão. Estes indivíduos sentem também raiva quando os outros não respondem às suas necessidades ou quando são criticados. Além disso, este EMP funciona frequentemente como um estilo mal-adaptativo de *coping*, a compensação, dos EMP “Privação Emocional” e “Defeito/ Vergonha” (Young et al., 2003). O facto de se ter verificado uma relação significativa não antecipada entre este EMP e a má qualidade de sono, para a n_2 , pode compreender-se tendo em conta estudos que relacionam a tristeza (Babson & Feldner, 2015), a solidão (Cacioppo et al., 2002), a raiva (Shin et al., 2005), a agressividade (Ireland & Culpin, 2006), a hostilidade (Brissette & Cohen, 2002), a depressão (LeBlanc et al., 2007), a ansiedade (LeBlanc et al., 2007) e a baixa conscienciosidade (Duggan et al., 2014; Gurtman et al., 2014; Kim et al., 2015) com um sono pobre. Em alternativa, poderia supor-se que a associação significativa com a má qualidade de sono se devesse à tentativa de compensação dos EMP “Privação Emocional” e “Defeito/ Vergonha”. No entanto, como a relação entre estes EMP e a má qualidade de sono não foi significativa, no que diz respeito à n_2 , esta justificação carece de suporte.

Em relação ao domínio “Influência dos Outros”, este evidencia um foco excessivo nos desejos, sentimentos e reações dos outros. O indivíduo compromete as suas próprias necessidades para obter amor e aprovação, manter um sentido de ligação ou evitar retaliação. Envolve frequentemente a supressão, ou a não identificação, de emoções como a raiva (Young, 1994). Tendo em consideração investigações que relacionaram a internalização (Park et al., 2012), a depressão (LeBlanc et al., 2007) e a baixa autoestima (Levin et al., 1984) com um sono pobre, esperava-se que os EMP deste domínio,

nomeadamente a “Procura de Aprovação/ Procura de Reconhecimento”, tivessem uma relação significativa com a má qualidade de sono. Esta hipótese verificou-se parcialmente. Para a n_1 , os EMP “Subjugação” e “Autossacrifício” mostraram estar relacionados com a má qualidade de sono. No que diz respeito à n_2 , apenas o EMP “Autossacrifício” revelou estar significativamente associado à má qualidade de sono. Os indivíduos com o EMP de “Autossacrifício” apresentam um foco excessivo na supressão das suas necessidades em favor das dos outros, de uma forma voluntária. Fazem-no para evitar magoar os outros, para não sentir culpa, ou para manter uma ligação com aqueles que são percecionados como sendo mais fracos. Parecem satisfeitos por dar tanto e receber tão pouco. No entanto, podem sentir raiva do objeto do seu sacrifício (Young et al., 2003). Embora não tivesse sido antecipada, observou-se uma relação significativa entre este EMP e a má qualidade de sono, para a n_2 . Estes dados podem ser compreendidos tendo em consideração estudos que relacionam a raiva (Shin et al., 2005), a agressividade (Ireland & Culpin, 2006) e a hostilidade (Granö et al., 2008) com a má qualidade de sono.

O domínio “Vigilância Excessiva e Inibição” caracteriza-se por uma ênfase excessiva no controlo de sentimentos espontâneos, impulsos e escolhas, de forma a não cometer erros, ou no cumprimento de regras e expectativas rígidas e interiorizadas relativas ao desempenho e à ética, comprometendo a felicidade, o relaxamento, a autoexpressão, as relações afetivas e até a saúde. Predominam o desempenho, o dever e o pessimismo (Young, 1994). De acordo com estudos que associaram uma atitude demasiado séria perante a vida (Lundh et al., 1995), a preocupação (Kelly, 2002), o evitamento do dano (de Saint Hilaire et al., 2005), a sensibilidade à ansiedade (Vincent & Walker, 2001), o neuroticismo (Chang et al., 2015), o perfeccionismo (de Azevedo et al., 2009) e a internalização (Park et al., 2012) com um sono pobre, esperava-se que todos os EMP deste domínio estivessem significativamente relacionados com a má qualidade de sono. Esta hipótese verificou-se apenas parcialmente. Na n_1 todos os EMP se mostraram relacionados com a má qualidade de sono. No caso da n_2 , apenas o EMP “Negativismo/ Pessimismo” mostrou estar significativamente associado à má qualidade de sono. Os indivíduos que possuem o EMP de “Negativismo/ Pessimismo” apresentam um foco nos aspetos negativos da vida. Têm expectativas exageradas de que uma vasta gama de situações vai correr seriamente mal. Sentem-se vulneráveis a cometer erros desastrosos e passam grande parte do tempo a tentar evitá-los. Têm tendência a ruminar de forma obsessiva e a sentir

ansiedade e preocupação (Young et al., 2003). Tal como esperado, observou-se uma relação significativa entre este EMP e a má qualidade de sono para a n₂. De facto, estes resultados são consistentes com investigações que relacionam a sensibilidade à ansiedade (Vincent & Walker, 2001), a preocupação (Kelly, 2002), o evitamento do dano (Park et al., 2012) e o neuroticismo (Kim et al., 2015) com um sono pobre.

Uma possível explicação para não se ter observado uma relação significativa entre os EMP “Privação Emocional”, “Fracasso”, “Procura de Aprovação/ Procura de Reconhecimento”, “Inibição Emocional”, “Padrões Excessivos/ Hipercriticismo” e “Punição” e a má qualidade de sono na n₂ poderá ser o facto de a recolha de dados se ter efetuado no início do segundo semestre. Este período, devido à baixa exigência académica, pode estar associado a níveis mais baixos de stresse. De acordo com alguns autores (Brand et al., 2015; Jansson - Fröjmark & Linton, 2007) o stresse é uma variável mediadora entre determinadas características da personalidade, como o perfeccionismo, e a má qualidade de sono. Além disso, os EMP interagem com acontecimentos de vida stressantes, o que pode causar ansiedade e depressão (Cámara & Calvete, 2012). Por sua vez, estas poderão levar a uma diminuição da qualidade de sono.

De uma forma geral, estes dados sugerem que vários EMP estão associados à má qualidade de sono. No entanto, sendo esta a primeira tentativa de relacionar qualidade de sono e EMP, são necessários estudos de replicação e investigações adicionais para melhor compreender esta relação e a sua implicação na prática clínica.

É necessário destacar algumas limitações deste estudo. Foi recolhida uma amostra não probabilística, podendo esta ser pouco representativa da população de estudantes do ensino superior nacional. No entanto, tentou obter-se uma amostra abrangente através do contacto do maior número possível de universidades e institutos de ensino superior do país. Sabe-se que o uso de instrumentos de autorrelato pode ser responsável por algum enviesamento nas respostas, devido à desejabilidade social. Porém, o facto de a submissão dos questionários se ter realizado *online* e de forma anónima poderá ter ajudado a minimizar esta limitação. O uso do YSQ-S3 como única medida para obter dados relativos aos EMP pode ter sido insuficiente. Em indivíduos que usam o evitamento como estilo mal-adaptativo de *coping*, a aplicação de outro questionário complementar, como o questionário de estilos parentais, permitiria resultados mais fiáveis. No entanto, o YSQ-S3 tem sido usado com sucesso na investigação (Young et al., 2003). As amostras deste estudo apresentaram heterogeneidade

no que diz respeito às dificuldades de sono, desde insónia até pesadelos. Para efeitos estatísticos, todos os participantes que relataram problemas de sono foram incluídos no grupo “má qualidade de sono”. Apesar disso, podem existir associações mais específicas entre determinados EMP e tipos particulares de dificuldades de sono, que não foram analisadas no presente estudo. Outra questão prende-se com o método de recolha de dados, ou seja, através da internet. Este formato pode estar associado a um baixo controlo de respostas, o que se poderá traduzir em submissões múltiplas. Pode também gerar uma autosselecção de participantes, ou seja, propiciar uma maior participação de indivíduos com problemas de sono, que teriam uma maior motivação para aderir a este tipo de estudos. Entretanto, a hipótese de submissões múltiplas parece pouco provável devido à extensão do questionário. Além disso, a maior parte dos participantes da amostra considerou não apresentar problemas de sono. A recolha de dados através da internet é também cada vez mais usada na investigação, especialmente em psicologia e na área do sono (Gellis & Lichstein, 2009; Gellis & Park, 2013).

Em conclusão, apesar de apenas se ter encontrado evidência para algumas das hipóteses inicialmente propostas, esta investigação apoia a ideia de que existe uma relação significativa, que não se deve exclusivamente a artefactos estatísticos como a dimensão da amostra, entre os EMP e a qualidade de sono. Assim, indivíduos com má qualidade de sono apresentam pontuações mais elevadas nas medidas de EMP, tanto na pontuação global do YSQ-S3 como em cada um dos EMP. Além disso, a má qualidade de sono parece também estar significativamente relacionada com alguns EMP caracterizados por ruminação, preocupação, ansiedade, raiva, tristeza, perfeccionismo, internalização, depressão, paranoia e solidão, entre outros, nomeadamente o “Abandono/ Instabilidade”, a “Desconfiança/ Abuso”, o “Isolamento Social/ Alienação”, o “Autossacrifício”, a “Grandiosidade/ Limites Indefinidos”, a “Vulnerabilidade ao Mal e à Doença” e o “Negativismo/ Pessimismo”. Estes dados poderão ser importantes na prática clínica, especialmente na avaliação, conceptualização e intervenção nas perturbações do sono. No entanto, é necessária investigação adicional para replicar estes resultados. Estudos futuros poderão privilegiar o recurso a amostras clínicas. De forma semelhante, medidas objetivas de sono, como o actígrafo ou a polissonografia, poderão ser usadas como complemento às subjetivas. Será também importante observar a relação entre os EMP e as diferentes perturbações do sono. Finalmente, poderá ter interesse fazer um estudo longitudinal,

acompanhando os participantes em diferentes alturas do ano letivo, para tentar perceber o efeito de variáveis mediadoras, como o stress, na relação entre EMP e sono.

Referências

- Altun, İ., Cinar, N., & Dede, C. (2012). The contributing factors to poor sleep experiences in according to the university students: a cross-sectional study. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 17(6), 557-561.
- Azevedo, M., Bos, S., Soares, M., Marques, M., Pereira, A., Maia, B., Gomes, A., Macedo, A. (2010). Longitudinal study on perfectionism and sleep disturbance. *World Journal of Biological Psychiatry*, 11, 476-485.
- Babson, K., & Feldner, M. (2015). *Sleep and Affect: Assessment, Theory, and Clinical Implications*. San Diego: Academic Press.
- Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalter, K., Nissen, C., Voderholzer, U., Lombardo, C., & Riemann, D. (2011). Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of affective disorders*, 135(1), 10-19.
- Baglioni, C., Spiegelhalter, K., Lombardo, C., & Riemann, D. (2010). Sleep and emotions: a focus on insomnia. *Sleep medicine reviews*, 14(4), 227-238.
- Beck, A., Freeman, A., & Davis, D. (2004). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: Guilford Publications, Inc.
- Beck, J. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press.
- Bidadian, M., Bahramizadeh, H., & Poursharifi, H. (2011). Obesity and quality of life: the role of early maladaptive schemas. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 993-998.
- Bortolon, C., Capdevielle, D., Boulenger, J., Gely-Nargeot, M., & Raffard, S. (2013). Early maladaptive schemas predict positive symptomatology in schizophrenia: a cross-sectional study. *Psychiatry research*, 209(3), 361-366.
- Braet, C., Vlierberghe, L., Vandevivere, E., Theuwis, L., & Bosmans, G. (2013). Depression in Early, middle and late adolescence: differential evidence for the cognitive diathesis–stress model. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(5), 369-383.
- Brand, S., Kirov, R., Kalak, N., Gerber, M., Pühse, U., Lemola, S., Correll, C., Cortese, S., & Holsboer-Trachsler, E. (2015). Perfectionism related to self-reported insomnia severity, but not when controlled for stress and emotion regulation. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 263-271.
- Brissette, I., & Cohen, S. (2002). The contribution of individual differences in hostility to the associations between daily interpersonal conflict, affect, and sleep. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(9), 1265-1274.
- Buboltz Jr, W., Brown, F., & Soper, B. (2001). Sleep habits and patterns of college students: a preliminary study. *Journal of American College Health*, 50(3), 131-135.
- Cacioppo, J., Hawkey, L., Berntson, G., Ernst, J., Gibbs, A., Stickgold, R., & Hobson, J. (2002). Do lonely days invade the nights? Potential social modulation of sleep efficiency. *Psychological Science*, 13(4), 384-387.
- Cámara, M., & Calvete, E. (2012). Early maladaptive schemas as moderators of the impact of stressful events on anxiety and depression in university students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(1), 58-68.
- Carney, C., Edinger, J., Meyer, B., Lindman, L., & Istre, T. (2006). Symptom-focused rumination and sleep disturbance. *Behavioral Sleep Medicine*, 4(4), 228-241.
- Carvalho, A. A. (2007). Novas metodologias de investigação psicológica na internet: uma revisão teórica. *Psicologica*, 46, 67-84.
- Chang, W., Cheng, S., Sun, Z., Lee, I., Lee, C., Chen, K., Sun, Z., Lee, I., Lee, C., Chen, K., Tsai, C., Yang, Y. (2015). The psychosocial indicators related to neuroticism in both sexes: a study of incoming university students. *The Kaohsiung journal of medical sciences*, 31(4), 208-214.
- Cheng, S., Shih, C., Lee, I., Hou, Y., Chen, K., Chen, K., Yang, Y. (2012). A study on the sleep quality of incoming university students. *Psychiatry research*, 197(3), 270-274.
- Cockram, D., Drummond, P., & Lee, C. (2010). Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. *Clinical psychology & psychotherapy*, 17(3), 165-182.

- Cooper, M., Rose, K., & Turner, H. (2006). The specific content of core beliefs and schema in adolescent girls high and low in eating disorder symptoms. *Eating behaviors*, 7(1), 27-35.
- Coutinho, J., Pereira, A., Vagos, P., Direito, I., Castanheira, H., Amaral, V., Vasconcelos, G., Martins, M., Chaló, P., Albuquerque, C., Cunha, M., Aparício, G., & Chaves, C. (2013). Promoção da saúde no ensino superior: revisão sistemática. In Associação Portuguesa de Psicologia (Eds.), *Atas do VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 902-915). Aveiro: Universidade de Aveiro.
- de Azevedo, M., Soares, M., Bos, S., Gomes, A., Maia, B., Marques, M., Pereira, A., Macedo, A. (2009). Perfectionism and sleep disturbance. *World Journal of Biological Psychiatry*, 10(3), 225-233.
- de Saint Hilaire, Z., Straub, J., & Pelissolo, A. (2005). Temperament and character in primary insomnia. *European Psychiatry*, 20(2), 188-192.
- Dorsey, C., & Bootzin, R. (1997). Subjective and psychophysiologic insomnia: an examination of sleep tendency and personality. *Biological Psychiatry*, 41(2), 209-216.
- Duggan, K., Friedman, H., McDevitt, E., & Mednick, S. (2014). Personality and healthy sleep: the importance of conscientiousness and neuroticism. *PloS one*, 9(3).
- Ellis, P. (2010). *The Essential Guide to Effect Sizes: Statistical Power, Meta-analysis, and the Interpretation of Research Results*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. Los Angeles: Sage publications.
- Freeman, A. (1989). *Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy*. New York: Springer Science & Business Media.
- Gaultney, J. (2010). The prevalence of sleep disorders in college students: impact on academic performance. *Journal of American College Health*, 59(2), 91-97.
- Gellis, L., & Lichstein, K. (2009). Sleep hygiene practices of good and poor sleepers in the United States: an internet-based study. *Behavior Therapy*, 40(1), 1-9.
- Gellis, L., & Park, A. (2013). Nighttime thought control strategies and insomnia severity. *Cognitive therapy and research*, 37(2), 383-389.
- Gomes, A. (2005). *Sono, sucesso académico e bem-estar em estudantes universitários*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Gomes, A., Tavares, J., & de Azevedo, M. (2009). Padrões de sono em estudantes universitários portugueses. *Acta Médica Portuguesa*, 22(5), 545-552.
- Gomes, A., Marques, D., Meia-Via, A., Meia-Via, M., Tavares, J., Silva, C., & de Azevedo, M. (2015). Basic Scale on insomnia complaints and quality of sleep: reliability, initial validity and normative scores in higher education students. *Chronobiology international*, 32(3), 428-440.
- Gomes, A., Tavares, J., & de Azevedo, M. (2011). Sleep and academic performance in undergraduates: a multi-measure, multi-predictor approach. *Chronobiology international*, 28(9), 786-801.
- Gomes, A., & Nobre, P. (2012). Early maladaptive schemas and sexual dysfunction in men. *Archives of sexual behavior*, 41(1), 311-320.
- Granö, N., Vahtera, J., Virtanen, M., Keltikangas-Järvinen, L., & Kivimäki, M. (2008). Association of hostility with sleep duration and sleep disturbances in an employee population. *International journal of behavioral medicine*, 15(2), 73-80.
- Gurtman, C., McNicol, R., & McGillivray, J. (2014). The role of neuroticism in insomnia. *Clinical Psychologist*, 18(3), 116-124.
- Harvey, A., & Greenall, E. (2003). Catastrophic worry in primary insomnia. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 34(1), 11-23.
- Harvey, C., Gehrman, P., & Espie, C. (2014). Who is predisposed to insomnia: a review of familial aggregation, stress-reactivity, personality and coping style. *Sleep medicine reviews*, 18(3), 237-247.
- Hawke, L., & Provencher, M. (2012). Early Maladaptive Schemas among patients diagnosed with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 136(3), 803-811.
- Hawke, L., Provencher, M., & Arntz, A. (2011). Early Maladaptive Schemas in the risk for bipolar spectrum disorders. *Journal of affective disorders*, 133(3), 428-436.
- Hunt, J., & Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *Journal of Adolescent Health*, 46(1), 3-10.
- Ireland, J., & Culpin, V. (2006). The relationship between sleeping problems and aggression, anger, and impulsivity in a population of juvenile and young offenders. *Journal of Adolescent Health*, 38(6), 649-655.
- Jansson-Fröjmark, M., & Linton, S. (2007). Is perfectionism related to pre-existing and future insomnia? A prospective study. *British journal of clinical psychology*, 46(1), 119-124.
- Jenkins, P., Meyer, C., & Blissett, J. (2013). Childhood abuse and eating psychopathology: the mediating role of core beliefs. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 22(3), 248-261.

- Kelly, W. (2002). Worry and sleep length revisited: worry, sleep length, and sleep disturbance ascribed to worry. *The Journal of genetic psychology*, 163(3), 296-304.
- Kim, H., Cho, J., Chang, Y., Ryu, S., Shin, H., & Kim, H. (2015). Association between personality traits and sleep quality in young Korean women. *PloS one*, 10(6).
- Kloss, J., Nash, C., Horsey, S., & Taylor, D. (2011). The delivery of behavioral sleep medicine to college students. *Journal of Adolescent Health*, 48(6), 553-561.
- Koskenvuo, K., Hublin, C., Partinen, M., Paunio, T., & Koskenvuo, M. (2010). Childhood adversities and quality of sleep in adulthood: a population-based study of 26,000 Finns. *Sleep medicine*, 11(1), 17-22.
- LeBlanc, M., Beaulieu-Bonneau, S., Mérette, C., Savard, J., Ivers, H., & Morin, C. (2007). Psychological and health-related quality of life factors associated with insomnia in a population-based sample. *Journal of psychosomatic research*, 63(2), 157-166.
- Lenzenweger, M., & Clarkin, J. (2005). *Major Theories of Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Levin, D., Bertelson, A., & Lacks, P. (1984). MMPI differences among mild and severe insomniacs and good sleepers. *Journal of personality assessment*, 48(2), 126-129.
- Lundh, L., Broman, J., & Hetta, J. (1995). Personality traits in patients with persistent insomnia. *Personality and individual differences*, 18(3), 393-403.
- Maia, B., Soares, M., Pereira, A., Marques, M., Bos, S., Gomes, A., Valente, J., Azevedo, M., Macedo, A. (2011). Affective state dependence and relative trait stability of perfectionism in sleep disturbances. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(3), 252-260.
- Marques, D., Gomes, A., Clemente, V., Santos, J., & Castelo-Branco, M. (2015). Hyperarousal and failure to inhibit wakefulness in primary insomnia: "birds of a feather"? *Sleep and Biological Rhythms*, 13, 219-228.
- Masley, S., Gillanders, D., Simpson, S., & Taylor, M. (2012). A systematic review of the evidence base for schema therapy. *Cognitive behaviour therapy*, 41(3), 185-202.
- Meia-Via, M. (2013). *Adaptações portuguesas das GSES e GCTI: escalas de auto-relato do esforço e dos pensamentos antes de dormir*. Tese de mestrado não publicada, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Moo-Estrella, J., Pérez-Benítez, H., Solís-Rodríguez, F., & Arankowsky-Sandoval, G. (2005). Evaluation of depressive symptoms and sleep alterations in college students. *Archives of medical research*, 36(4), 393-398.
- Morgadinho, R. (2012). *A doença oncológica nos jovens adultos portugueses: um estudo com alunos do ensino superior*. Tese de mestrado não publicada, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Much, K., & Swanson, A. (2010). The debate about increasing college student psychopathology: are college students really getting "sicker"? *Journal of College Student Psychotherapy*, 24(2), 86-97.
- Nyer, M., Farabaugh, A., Fehling, K., Soskin, D., Holt, D., Papakostas, G., Pedrelli, P., Fava, M., Pisoni, A., Vitolo, O., Mischoulon, D., (2013). Relationship between sleep disturbance and depression, anxiety, and functioning in college students. *Depression and anxiety*, 30(9), 873-880.
- Ong, J., Ulmer, C., & Manber, R. (2012). Improving sleep with mindfulness and acceptance: a metacognitive model of insomnia. *Behaviour research and therapy*, 50(11), 651-660.
- Önder, İ., Beşoluk, Ş., İskender, M., Masal, E., & Demirhan, E. (2014). Circadian preferences, sleep quality and sleep patterns, personality, academic motivation and academic achievement of university students. *Learning and Individual Differences*, 32, 184-192.
- Park, J., An, H., Jang, E., & Chung, S. (2012). The influence of personality and dysfunctional sleep-related cognitions on the severity of insomnia. *Psychiatry research*, 197(3), 275-279.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2003). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS*. (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A., & Cunha, M. (2006). Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 30(5), 571-584.
- Pretzer, J., & Beck, A. (1996). *A Cognitive Theory of Personality Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Ramsawh, H., Ancoli-Israel, S., Sullivan, S., Hitchcock, C., & Stein, M. (2011). Neuroticism mediates the relationship between childhood adversity and adult sleep quality. *Behavioral sleep medicine*, 9(3), 130-143.
- Riemann, D., & Voderholzer, U. (2003). Primary insomnia: a risk factor to develop depression? *Journal of affective disorders*, 76(1), 255-259.
- Rijo, D. (2009). *Esquemas mal-adaptativos precoces: validação do conceito e dos métodos de avaliação*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Saariaho, T., Saariaho, A., Karila, I., & Joukamaa, M. (2011). Early maladaptive schemas in Finnish adult chronic pain patients and a control sample. *Scandinavian journal of psychology*, 52(2), 146-153.
- Sateia, M. (2009). Update on sleep and psychiatric disorders. *CHEST Journal*, 135(5), 1370-1379.

- Sempértegui, G., Karreman, A., Arntz, A., & Bekker, M. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: a comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical psychology review*, 33(3), 426-447.
- Shin, C., Kim, J., Yi, H., Lee, H., Lee, J., & Shin, K. (2005). Relationship between trait-anger and sleep disturbances in middle-aged men and women. *Journal of psychosomatic research*, 58(2), 183-189.
- Shorey, R., Stuart, G., & Anderson, S. (2013). Differences in early maladaptive schemas in a sample of alcohol and opioid-dependent women: do schemas vary across disorders? *Addiction research & theory*, 21(2), 132-140.
- Sigre-Leirós, V., Carvalho, J., & Nobre, P. (2012). Early maladaptive schemas and aggressive sexual behavior: a preliminary study with male college students. *The Journal of Sexual Medicine*, 10, 1764-1772.
- Simon, L., Zsolt, U., Fogd, D., & Czobor, P. (2011). Dysfunctional core beliefs, perceived parenting behavior and psychopathology in gender identity disorder: a comparison of male-to-female, female-to-male transsexual and nontranssexual control subjects. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 42(1), 38-45.
- Takano, K., Iijima, Y., & Tanno, Y. (2012). Repetitive thought and self-reported sleep disturbance. *Behavior therapy*, 43(4), 779-789.
- Taylor, D., Bramoweth, A., Grieser, E., Tatum, J., & Roane, B. (2013). Epidemiology of insomnia in college students: relationship with mental health, quality of life, and substance use difficulties. *Behavior therapy*, 44(3), 339-348.
- Taylor, D., Gardner, C., Bramoweth, A., Williams, J., Roane, B., Grieser, E., & Tatum, J. (2011). Insomnia and mental health in college students. *Behavioral sleep medicine*, 9(2), 107-116.
- Tosevski, D., Milovancevic, M., & Gajic, S. (2010). Personality and psychopathology of university students. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(1), 48-52.
- Unoka, Z., Tölgyes, T., & Czobor, P. (2007). Early maladaptive schemas and body mass index in subgroups of eating disorders: a differential association. *Comprehensive psychiatry*, 48(2), 199-204.
- van de Laar, M., Verbeek, I., Pevernagie, D., Aldenkamp, A., & Overeem, S. (2010). The role of personality traits in insomnia. *Sleep medicine reviews*, 14(1), 61-68.
- van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Nadort, M. (2012). *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research and Practice*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Vincent, N., Cox, B., & Clara, I. (2009). Are personality dimensions associated with sleep length in a large nationally representative sample? *Comprehensive psychiatry*, 50(2), 158-163.
- Vincent, N., & Walker, J. (2001). Anxiety sensitivity: predictor of sleep-related impairment and medication use in chronic insomnia. *Depression and Anxiety*, 14(4), 238-243.
- Vincent, N., & Walker, J. (2000). Perfectionism and chronic insomnia. *Journal of psychosomatic research*, 49(5), 349-354.
- Wilson, K., Bohnert, A., Ambrose, A., Davis, D., Jones, D., & Magee, M. (2014). Social, behavioral, and sleep characteristics associated with depression symptoms among undergraduate students at a women's college: a cross-sectional depression survey. *BMC women's health*, 14(1), 8-16.
- Wolfson, A. (2010). Adolescents and emerging adults' sleep patterns: new developments. *Journal of adolescent health*, 46(2), 97-99.
- Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: The Guilford Press.
- Young, J. (1994). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-focused Approach*. Sarasota: Professional Resource Exchange.

Anexos

Anexo 1

Ficha de dados sociodemográficos e clínicos *online*

The image shows a screenshot of a Google Forms survey titled "Sono e esquemas cognitivos relacionados com a personalidade". The form is in Portuguese and includes a red asterisk indicating it is mandatory. The survey is divided into sections: "Questões sociodemográficas e clínicas", "Género", "Idade", "Estado civil", "Tem filhos a cargo?", and "Qual o curso que frequenta?". The "Género" section has two radio buttons: "Masculino" and "Feminino". The "Idade" section has a text input field with the instruction "Por favor coloque a sua idade em algarismos.". The "Estado civil" section has four radio buttons: "Solteiro(a)", "Casado(a)/ União de facto", "Divorciado(a)", and "Outro". The "Tem filhos a cargo?" section has two radio buttons: "Não" and "Sim". The "Qual o curso que frequenta?" section is partially visible at the bottom. The form is displayed in a web browser window with the URL "https://docs.google.com/forms/d/1nmk5byi8Shrc_hNNLj3G7HnKd0HEWCigSC7-uQI9Qw/form" and a taskbar at the bottom showing various application icons and the system clock.

Sono e esquemas cognitivos relacionados com a personalidade

*Obrigatório

Questões sociodemográficas e clínicas

Género *

☐ Masculino

☐ Feminino

Idade *

Por favor coloque a sua idade em algarismos.

Estado civil *

☐ Solteiro(a)

☐ Casado(a)/ União de facto

☐ Divorciado(a)

☐ Outro

Tem filhos a cargo? *

☐ Não

☐ Sim

Qual o curso que frequenta? *

Anexo 2

Secções do QSVES *online*

Sono e esquemas cognitivos relacionados com a personalidade
*Obrigatório

Secções do Questionário sobre Padrões de Sono e Vigília em estudantes do ensino superior (A. Gomes, J. Tavares, DCE-UA, & M. H. Azevedo, FM-UC, 2001)

Durante a semana, em tempo de aulas, a que horas se costuma deitar (em média)? *

Hr ▼ : Min ▼

Durante a semana, em tempo de aulas, a que horas se costuma levantar (em média)? *

Hr ▼ : Min ▼

Ao fim-de-semana, em tempo de aulas, a que horas se costuma deitar (em média)? *

Hr ▼ : Min ▼

Ao fim-de-semana, em tempo de aulas, a que horas se costuma levantar (em média)? *

Hr ▼ : Min ▼

Em tempo de aulas, quantas horas costuma dormir por noite ao fim-de-semana? *

Assinale a resposta que mais se aproximar do que lhe acontece habitualmente.

☐ 4h ou menos

☐ 4 - 5h

Anexo 3

BaSIQS online

https://docs.google.com/forms/d/1nmk5byi8Shrc_hNNLj3G7HnKd0HEWCigSC7-uQI9Qw/form

Ficheiro Editar Ver Favoritos Ferramentas Ajuda

Sono e esquemas cognitivos relacionados com a personalidade

**Obrigatório*

BaSIQS - versão estudante (Gomes et al., 2013; Adapt. Gomes et al., 2001, 2011)

Ao responder às questões que se seguem, considere o que costuma acontecer habitualmente numa semana típica em tempo de aulas, ao longo do últimos mês.

Quando se deita, em regra, quanto tempo demora a adormecer? *

- ☐ 1 - 14 minutos
- ☐ 15 - 30 minutos
- ☐ 31 - 45 minutos
- ☐ 46 - 60 minutos
- ☐ Mais de 60 minutos

Depois de se deitar, costuma ter dificuldades em adormecer? *

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ 3 - 4 noites por semana
- ☐ Quase todas ou todas as noites

Em tempo de aulas, quantas vezes costuma acordar durante a noite? *

07:26
30-10-2015

Anexo 4

YSQ-S3 online

https://docs.google.com/forms/d/1nmk5byi8Shrc_hNNLj3G7HnKd0HEWCigSC7-uQK9Qw/form

Ficheiro Editar Ver Favoritos Ferramentas Ajuda

Sono e esquemas cognitivos relacionados com a personalidade

**Obrigatório*

YSQ-S3 (J. Young, 2005; Tradução e Adaptação de J. Pinto-Gouveia, D. Rijo e M. C. Salvador, 2005 - revista)

Estão indicadas a seguir algumas afirmações que podemos utilizar quando nos queremos descrever. Por favor, leia cada uma das afirmações e decida até que ponto ela se aplica a si, ao longo do último ano. Quando tiver dúvidas, responda baseando-se no que sente emocionalmente e não no que pensa ser verdade.

Algumas das afirmações referem-se à sua relação com os seus pais ou companheiro(a). Se alguma destas pessoas faleceu, por favor responda a estas questões com base na relação que tinha anteriormente com elas. Se, actualmente, não tem um(a) companheiro(a) mas teve relacionamentos amorosos no passado, por favor responda com base no seu relacionamento amoroso significativo mais recente.

Para responder até que ponto a afirmação o(a) descreve, escolha, de entre as seis respostas possíveis, aquela que melhor se ajusta ao seu caso.

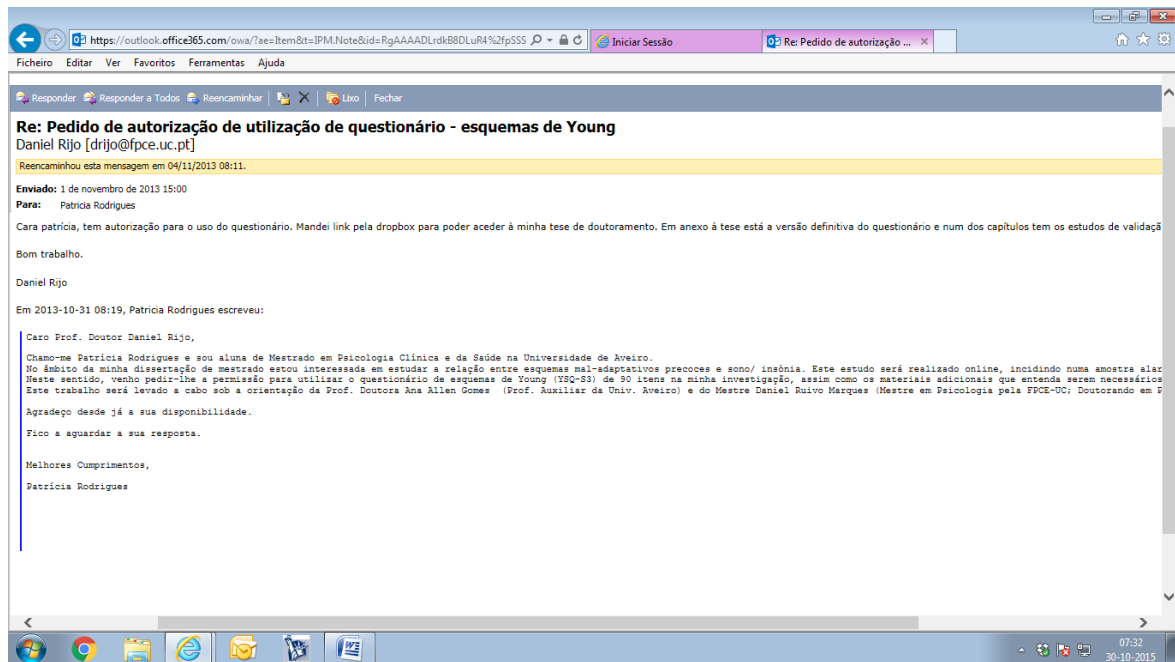
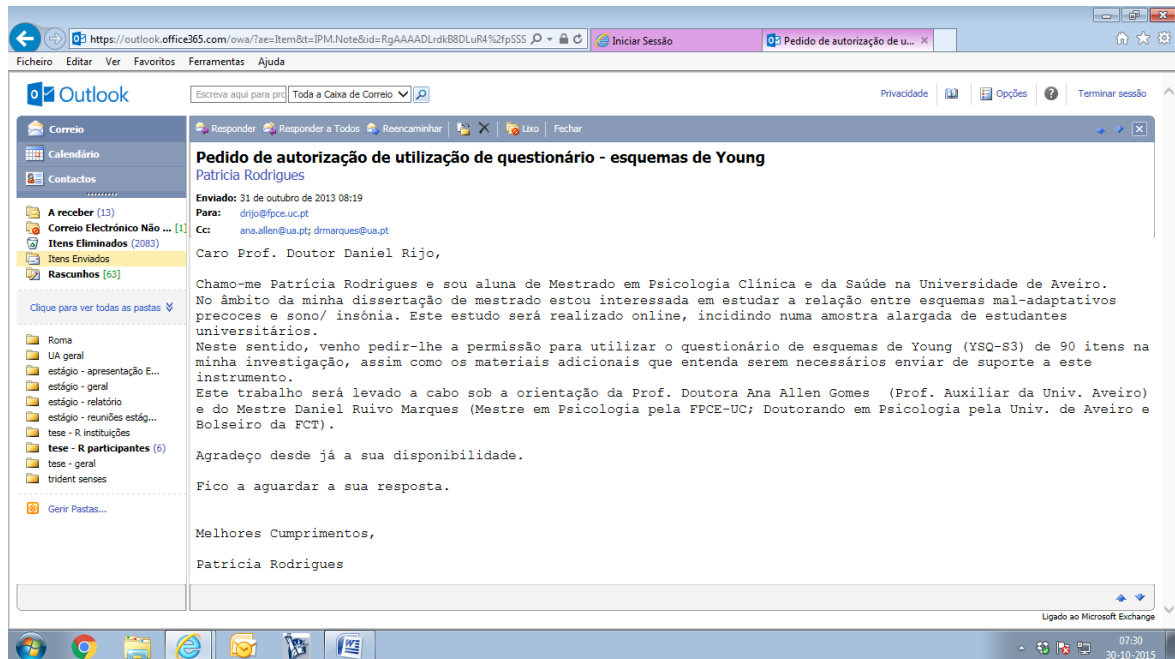
Não tenho tido ninguém que cuide de mim, que partilhe comigo a sua vida ou que se preocupe realmente com tudo o que me acontece. *

- ☐ Completamente falso, isto é, não tem absolutamente nada a ver com o que acontece comigo.
- ☐ Falso na maioria das vezes, isto é, não tem quase nada a ver com o que acontece comigo.
- ☐ Ligeiramente mais verdadeiro do que falso, isto é, tem ligeiramente a ver com o que acontece comigo.
- ☐ Moderadamente verdadeiro, isto é, tem moderadamente a ver com o que acontece comigo.
- ☐ Verdadeiro a maioria das vezes, isto é, tem muito a ver com o que acontece comigo.
- ☐ Descreve-me perfeitamente, isto é, tem tudo a ver com o que acontece comigo.

07:27
30-10-2015

Anexo 5

Pedido de permissão e respetiva autorização para uso do YSQ-S3



Anexo 6

Página inicial dos questionários *online*

The screenshot shows a web browser window displaying a Google Forms questionnaire. The browser's address bar shows the URL: https://docs.google.com/forms/d/1nmk5byi8Shrc_hNNLj3G7HnKd0HEWCigSC7-uQK9Qw/viewf. The browser's menu bar includes 'Ficheiro', 'Editar', 'Ver', 'Favoritos', 'Ferramentas', and 'Ajuda'. The browser's status bar at the bottom shows the Windows taskbar with icons for Internet Explorer, Google Chrome, and other applications, along with the system clock showing 07:21 on 30-10-2015.

The questionnaire is titled "Sono e esquemas cognitivos relacionados com a personalidade". The text of the questionnaire is as follows:

Chamo-me Patrícia Rodrigues e no âmbito da minha dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Aveiro, orientada pela Prof. Doutora Ana Allen Gomes e pelo Doutorando Daniel Ruivo Marques, encontro-me a realizar um estudo sobre comportamento de sono e esquemas cognitivos relacionados com a personalidade em estudantes do Ensino Superior.

Para poder participar só necessita de estar a frequentar uma instituição de Ensino Superior em Portugal no momento atual e ter nacionalidade portuguesa.

O seu contributo para esta investigação é fundamental!

Obrigada desde já pela sua colaboração.

Patrícia Rodrigues

At the bottom of the questionnaire, there is a "Continuar »" button and a progress bar indicating "8% concluído".

At the bottom of the browser window, there is a footer with the text "Com tecnologia Google Forms" and a disclaimer: "Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google." Below the disclaimer are links for "Denunciar abuso", "Termos de Utilização", and "Termos adicionais".

Anexo 7

Lista de Universidades contactadas

Universidades Públicas	Institutos Politécnicos	Universidades e Institutos Privados
Universidade da Beira Interior	Instituto Politécnico da Guarda	Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA)
Universidade da Madeira	Instituto Politécnico de Beja	Universidade Fernando Pessoa
Universidade de Aveiro	Instituto Politécnico de Bragança	Universidade Lusófona
Universidade de Coimbra	Instituto Politécnico de Castelo Branco	Universidade Católica Portuguesa
Universidade de Évora	Instituto Politécnico de Coimbra	Instituto Superior Miguel Torga
Universidade de Lisboa	Instituto Politécnico de Leiria	Instituto Superior da Maia
Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro	Instituto Politécnico de Lisboa	Universidade Portucalense
Universidade do Algarve	Instituto Politécnico de Portalegre	Instituto Superior de Línguas e Administração (ISLA)
Universidade do Minho	Instituto Politécnico de Santarém	Instituto Piaget
Universidade do Porto	Instituto Politécnico de Setúbal	Universidade Autónoma de Lisboa Luís de Camões
Universidade dos Açores	Instituto Politécnico de Tomar	Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz
Universidade Nova de Lisboa	Instituto Politécnico de Viana do Castelo	Instituto Superior D. Afonso III
Universidade Técnica de Lisboa	Instituto Politécnico de Viseu	Universidade Aberta
	Instituto Politécnico do Cávado e do Ave	Instituto Superior de Entre Douro e Vouga (ISVOUGA)
	Instituto Politécnico do Porto	Instituto Superior de Espinho (ISESP)
	Escola Superior de Enfermagem de Coimbra	Escola Universitária das Artes de Coimbra (EUAC)
	Escola Superior de Enfermagem do Porto	Escola Universitária Vasco da Gama (EUVG)
	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa	Instituto Superior de Administração e Línguas da Madeira (ISAL)
	Escola Superior de Hotelaria e Turismo do Estoril	Escola Superior de Educação de Torres Novas
		Instituto Superior de Ciências Educativas de Felgueiras
		Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti
		Instituto Superior de Serviço Social do Porto
		Instituto Superior de Tecnologias Avançadas